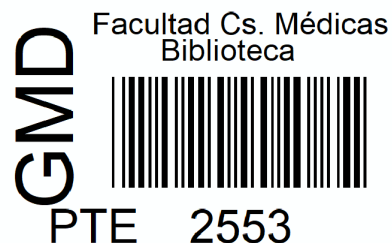


UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ENFERMERÍA

TALLER DE INVESTIGACIÓN



¿Qué relación existe entre la aparición de hipertensión arterial con el estilo de vida, los factores de riesgo modificables y el tipo de empleo, según el sexo y la edad, de una población adulta joven que asiste a un Centro de Atención Primaria de Salud de la ciudad de Funes durante el primer trimestre del año 2024?

Alumna: Borghesi Mariana Belén

Docente asesor: Mg. Nores, Rosana

Directora: Med. Cardióloga Gentilcore, Marianela

Rosario, Santa Fe, Argentina.

23 de octubre de 2023

RESUMEN

La HTA es una enfermedad crónica no transmisible de etiología multifactorial, que reduce la calidad y expectativa de vida. Su desarrollo se relaciona con los estilos de vida y presencia de factores de riesgo. Su causa puede verse influenciada, además, por la actividad laboral y la permanencia de largas horas en una misma posición, aumentando el tiempo de sedentarismo.

El objetivo de este trabajo es determinar la relación que existe entre la aparición de HTA con el estilo de vida, los factores de riesgo modificables y el tipo de empleo, según el sexo y la edad, de una población adulta joven que asiste a un Centro de Atención Primaria de Salud de la ciudad de Funes durante el primer trimestre del año 2024.

Se realizará un estudio cuantitativo, no experimental, descriptivo, transversal y prospectivo, para el cual se tomará una muestra de 300 pacientes. Se aplicará una encuesta con un cuestionario autoadministrado de alternativas de respuesta tipo Likert. El instrumento utilizado es de autoría propia, se realiza desde la visión teórica de la OMS y SAHA para las variables aparición de HTA, estilo de vida y factores de riesgo modificables y desde la ergonomía para la variable tipo de empleo

Los datos serán analizados a través de la estadística descriptiva identificando características y perfiles de variables en estudio de manera univariada, bivariada y multivariada. Los datos se representarán en gráficos de barra, histograma y gráfico circular que mostrarán visualmente la relación entre variables y la prueba de las hipótesis planteadas.

Palabras claves: hipertensión, estilos de vida, factores de riesgo modificables, tipo de empleo, sexo, edad.

ÍNDICE GENERAL

Resumen	2
Índice General	3
Introducción	4
Estado actual de conocimiento o Estado del Arte	4
Propósito	10
Planteamiento del Problema	10
Hipótesis	10
Objetivo General	11
Objetivos Específicos	11
Marco Teórico	12
Material y Métodos	35
Tipo de Estudio	35
Sitio o Contexto de la Investigación	35
Población y muestra	36
Técnicas e instrumentos de recolección de datos	38
Personal a cargo de la recolección de datos	43
Plan de análisis	44
Consideraciones éticas	46
Cronograma de actividades	49
Referencias	50
Anexos	56
ANEXO I	56
Aval Institucional	
ANEXO II	58
Proceso de Operacionalización de las variables	
Instrumentos de recolección de datos	
Consentimiento Informado	

Introducción

Estado actual de conocimiento o Estado del Arte

La hipertensión arterial representa una preocupación de alcance global en el ámbito de la salud. Se trata de una condición médica seria que puede elevar las posibilidades de padecer enfermedades del corazón, del cerebro, de los riñones y otras afecciones.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que en el mundo hay 1280 millones de adultos de 30 a 79 años con hipertensión y que la mayoría de ellos (cerca de dos tercios) vive en países de ingresos bajos y medianos. Según los cálculos, el 46% desconocen que padecen esta afección. Menos del 50% de los adultos que tienen hipertensión reciben un diagnóstico y tratamiento adecuados, solo el 42% de ellos. Apenas uno de cada cinco adultos hipertensos (el 21%) tiene controlado el problema. La hipertensión se ubica entre las principales razones de fallecimientos prematuros en todo el planeta.

Una de las metas mundiales para las enfermedades no transmisibles es reducir la prevalencia de la hipertensión en un 25% en 2030 (con respecto a los valores de referencia de 2010). (OMS, 2023)

Anualmente, en la región de las Américas, se registran 1.6 millones de fallecimientos a causa de enfermedades cardiovasculares, con aproximadamente medio millón de esas muertes afectando a individuos menores de 70 años, lo cual se considera una muerte prematura y evitable. La hipertensión afecta entre el 20-40% de la población adulta de la región y significa que en las Américas alrededor de 250 millones de personas padecen de presión alta. (OPS, 2019)

Según datos del Observatorio Mundial de Salud de la OMS, producidos por los Colaboradores de los Factores de Riesgo de Enfermedades no Transmisibles, se han logrado los siguientes hallazgos para la región y 36 países de las Américas, entre 1990 y 2019, por ejemplo, en 2019 la prevalencia regional de hipertensión en adultos de 30 a 79 años fue del 35,4 % en el total de la población, lo que representa alrededor de 250 millones de personas. Mayor en hombres 37,6% que en mujeres 33,3%. De la misma manera la frecuencia regional de hipertensión, ajustada por edades, experimentó un leve incremento del 7,6 %, pasando del 32,9 % en 1990 al 35,4 % en la actualidad. No obstante, a partir del año 2010, esta tendencia se ha mantenido constante. Se detectaron patrones de evolución semejantes tanto en hombres como en mujeres. Así mismo la frecuencia de hipertensión, ajustada por edades, en la población de ambos géneros combinados, varió significativamente entre naciones, oscilando desde un 56,4%

en Paraguay hasta un 20,7% en Perú. En 2019, se observó que un 20 % de los países con las tasas más altas de hipertensión incluyeron a Paraguay, República Dominicana, Dominica, Argentina, Granada, Jamaica, San Cristóbal y Nieves, y Brasil. Tanto para hombres como para mujeres, la prevalencia de hipertensión en 2019 fue notablemente más baja en Canadá y Perú. (OPS, 2019). De esta manera se introduce la situación en Argentina a través de los datos obtenidos en la Guía Práctica de Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial 2019 que muestra un panorama revelador sobre la situación de la hipertensión en este país. La 4° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR 2018) que incluyó mediciones de presión arterial (PA), muestra que la tasa de hipertensión arterial (HTA) autoreportada se mantiene en alrededor del 35%, una cifra similar a ediciones anteriores. Además, la prevalencia combinada de HTA, que incluye a aquellos que se autodenuncian como hipertensos, toman medicamentos antihipertensivos o presentaron valores elevados de presión arterial durante la encuesta, alcanzó el 46,6%; de aquellos que admitieron tener HTA, seis de cada diez mostraron presión arterial elevada en las mediciones, sorprendentemente, entre aquellos que afirmaron no tener HTA, tres de cada diez presentaron presión arterial elevada. Cabe destacar la importancia de estos resultados que subrayan la alta tasa de subdiagnóstico y la falta de control efectivo de la hipertensión. En el país, aproximadamente 16 millones de personas padecen HTA, y el 80% de ellas son menores de 65 años (Ministerio de Salud Argentina, 2019). En este contexto la hipertensión arterial (HTA) se posiciona como el principal factor de riesgo cardiovascular, con vínculos evidentes en el desarrollo de diversas condiciones, como enfermedad cerebrovascular, enfermedad coronaria, insuficiencia cardíaca, fibrilación auricular, aneurisma de aorta, disección de aorta, enfermedad vascular periférica, demencia y enfermedad renal crónica. Esta repercusión negativa se extiende a la mortalidad global, discapacidad y los costos asociados a la atención sanitaria y la sociedad.

La génesis de la HTA está fuertemente asociada a los estilos de vida contemporáneos. Una alimentación inapropiada con alto contenido de sodio, grasa y calorías, la falta de actividad física y el consumo perjudicial de alcohol aumentan significativamente el riesgo de desarrollar HTA, así como otros factores de riesgo cardiovascular. En este contexto, la obesidad se erige como un factor de riesgo de gran magnitud debido a su crecimiento exponencial, siendo responsable del aumento de la prevalencia de la HTA en edades más tempranas.

Además, factores psicosociales, como el aislamiento social, el estrés laboral, crisis vitales, ansiedad y depresión, podrían contribuir al desarrollo de la HTA. (Ministerio de Salud Argentina, 2019)

A continuación, se presentan algunos antecedentes de investigaciones realizadas en países de América Latina y Sudamérica relacionadas a la temática de la presente investigación. Los mismos permiten conocer a que características o atributos de la población se asocia la HTA.

Según una publicación de la Revista Médica de Chile, los estilos de vida se han considerado durante gran parte de la historia de la humanidad como potenciales elementos de intervención para promover la salud de las personas. Tradicionalmente, se han analizado los aspectos relacionados con la forma de vida de las personas tanto a nivel global como en Chile.

Estos aspectos están principalmente asociados a la salud cardiovascular e incluyen elementos como la alimentación, el ejercicio, el descanso y el consumo de sustancias. Además, en menor medida, se han considerado aquellos vinculados a la salud mental, como la interacción social. Hasta 70% de las consultas en atención primaria en países desarrollados guardaría relación con enfermedades relacionadas a los estilos de vida. Es por eso que los autores concluyen en reconocer la importancia de estos factores en la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles y en la reducción de la morbilidad y mortalidad, unido a la viabilidad de intervenciones desde esta perspectiva, motivo que los ha posicionado como un área de gran interés en la promoción y prevención de la salud tanto a nivel global como en el país. Además, recalcan que las intervenciones en este aspecto demostraron ser en la mayoría de los casos efectivas en relación a los costos. (Tala, Vasquez, & Plaza, 2020)

En este mismo sentido y entendiendo a la hipertensión como una enfermedad relacionada al estilo de vida, un estudio descriptivo y transversal, cuyo objetivo fue caracterizar a pacientes con hipertensión arterial en la provincia de Santiago de Cuba, tomó una muestra de 210 pacientes con hipertensión arterial, pertenecientes a 30 consultorios de los municipios Santiago de Cuba, Contramaestre y San Luis de la citada provincia. Se analizaron las variables: edad, sexo, ocupación, color de la piel, tiempo de evolución de la enfermedad, antecedentes patológicos personales, evaluación nutricional, así como control y tratamiento. Los resultados mostraron: predominio del sexo femenino, el grupo etario de 65-79 años, la diabetes mellitus como antecedente patológico personal, así como el sobrepeso y la obesidad según la evaluación nutricional.

Por otra parte, 57,1 % padecía la enfermedad desde hacía 10 años y a 85,7 % se le había indicado tratamiento no farmacológico; mientras que 79,5 % no realizaba ejercicios físicos y solo 50,5 % fueron catalogados como controlados. Se obtuvo como conclusión que la falta de control de la presión arterial en la población hipertensa de este territorio la expone a la aparición de complicaciones cardiovasculares, con la repercusión que conlleva para el individuo, la familia y

la sociedad (Soler-Santana, Brossard-Cisnero, Vaillant-Rodriguez, Omar-Rodriguez, & Marin-Mendez, 2020).

En esta misma línea de ideas la revista *Anales de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos Perú* realizó un estudio con el objetivo de determinar las diferencias según sexo de los factores asociados a HTA en la población peruana mayor de 18 años. Se hizo un análisis secundario con datos obtenidos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2017. El estudio tuvo un diseño analítico de corte transversal a partir de los datos de 30.682 personas, de las cuales 13 466 eran hombres y 17 216 mujeres mayores de 18 años. Se encontró que la prevalencia de HTA fue de 17,8% en hombres y 11,4% en mujeres. La edad, tener sobrepeso y obesidad aumentaron la probabilidad de padecer HTA. Se concluyó en que existe mayor prevalencia de HTA en el sexo masculino y factores como la edad, sobrepeso y obesidad aumentaron la probabilidad de padecer HTA. (Romero-Guiraldo, Avedaño-Olivares, Vargas-Fernandez, & Runzer-Colmenares, 2020)

En relación a lo anterior la revista de ciencias de la salud, *Mas Vita*, publicó un estudio realizado en Ecuador con el fin de diseñar una estrategia educativa para elevar el conocimiento sobre hipertensión arterial en la población de 20 años y más en el consultorio 2 de Medicina Familiar y Comunitaria del Centro de Salud Luchadores del Norte, año 2021. La investigación fue de tipo descriptiva, observacional, prospectiva y transversal con la población de adultos del Centro de Salud Luchadores Norte, midiendo las variables sociodemográficas, de estilos de vida y de conocimiento. Los resultados mostraron que el consumo de sal, grasas, gaseosas y bebidas energizantes es elevado y el conocimiento sobre la enfermedad es escaso en los hipertensos; concluyendo, que coexisten estilos de vida no saludables con desconocimiento; favoreciendo las complicaciones de la enfermedad (González-Huacón, Contreras-Sánchez, Bajaña-Vargas, Luna-Martillo, & Gabela-Campoverde, 2022).

De igual modo, en Huaycán, Lima, Perú, un estudio para determinar la frecuencia de consumo de alimentos y actividad física en pacientes hipertensos del Centro de Atención Primaria III, a través de un método observacional, descriptivo, transversal y cuantitativo y con la recolección de datos sociodemográficos, antropométricos y presión arterial, demostró que, 570 pacientes, 61,8 % pertenecía al sexo femenino, 39,5 % tenía estudios de secundaria, 65,3 % consumía antihipertensivos regularmente. La media del índice de masa corporal para mujeres fue $28,23 \pm 4,66$ kg/m². La presión arterial sistólica para el sexo masculino fue $132,89 \pm 13,42$ mmHg y para el femenino, de $130,92 \pm 13,19$ mmHg. El 13,5 % tenía obesidad y cifras tensionales hipertensivas, 71,1 % consumía pollo, 77,2 % pan, cereales, arroz, pastas y trigo todos los días a la semana, mientras que 50,9 % consumía frituras cuatro días

por semana; 44,7 % tenía bajo nivel de actividad física y cifras tensionales hipertensivas ($p = 0,03$). Arrojando como conclusión que la población en estudio era diversa, basada en alta ingesta de carbohidratos y grasas. La evidencia mostró que los sujetos que realizan menos actividad física alcanzaban mayores valores en la tensión arterial. Es necesario reconocer que una alimentación saludable y la actividad física complementan al tratamiento farmacológico para el control de estos pacientes. (Brito-Nuñez, Medina-Ore, Fox-Medina, & Corro-Cortez, 2022)

Por otro lado, en Paraguay se realizó una investigación para determinar las características clínicas de la hipertensión arterial en adultos menores de 30 años de edad que acuden al Hospital Nacional, Itauguá, Paraguay, en el periodo 2019-2021. A través de un estudio descriptivo observacional retrospectivo de corte transversal donde se incluyó 50 pacientes entre 18 y 30 años de edad con hipertensión arterial. Como resultado se obtuvo que la edad media fue 23 ± 4 años, en su mayoría eran provenientes de la zona urbana, siendo 58% del sexo masculino y con un bajo nivel educativo. La media de índice de masa corporal fue $23,5 \pm 5$ k/m y 58% no tenía antecedente familiar de hipertensión arterial. Las cifras medias de tensión arterial fueron 150 mmHg para la sistólica y 100 mmHg para la diastólica. La hipertensión arterial secundaria se detectó en 86% de la muestra. La etiología más frecuente fue la enfermedad renal parenquimatosa (86%), de los cuales 89% padecía enfermedad renal crónica y nefritis lúpica. A modo de conclusión, la forma prevalente de hipertensión arterial en los adultos jóvenes estudiados fue la secundaria, con leve predominio del sexo masculino, con normopeso y sin antecedente familiar. La causa primordial fue la enfermedad renal parenquimatosa (Quintana-Rotella, y otros, 2022).

Sumado a esto, una investigación llevada a cabo en la Escuela Toulouse Lautrec, Lima, Perú, abordó la problemática del sedentarismo en el ámbito laboral tomando como muestra al personal administrativo de la escuela superior Toulouse Lautrec ubicado en los campus de Chacarilla y Javier Prado. El objetivo del estudio era analizar si el entorno era suficiente para implementar actividades de ocio activo con la ayuda de las cuentas de Instagram para reducir el sedentarismo dando una solución a los empleados que tienen un hábito sedentario durante la jornada laboral. Se utilizó un diseño cuasi experimental con pre-post-test y grupos completos, el grupo Control fue de la sede de Javier Prado y el grupo Experimental fue de la sede de Chacarilla. En ambos grupos se aplicaron las encuestas correspondientes para poder obtener la información. Según los resultados se encontró que la mayoría de las personas encuestadas son sedentarias y por lo tanto quienes les rodean respondieron a los problemas que querían abordar y se constató que este grupo consideró importante la actividad física, indicando que están

preparados para realizar alguna actividad física durante el trabajo. Entre las conclusiones que alcanzaron fueron que el movimiento de ocio activo, apoyado con gran influencia por algunos medios digitales, logrará el objetivo de reducir el sedentarismo en el ámbito laboral, influyendo así en los interesados en desarrollar hábitos saludables en el contexto laboral, motivando a ser activo (Ramirez-Paiva, Yvana-Yupanqui, Arevalo-Huamantingo, Urcuhuaranga-Lara, & Chumpitazi-Goyeneche, 2023).

Otro antecedente relevante es un estudio realizado en la provincia de Cienfuegos, Cuba, cuyo objetivo fue determinar el conocimiento sobre los factores de riesgo modificables para la Hipertensión Arterial en adultos jóvenes no hipertensos del consultorio No 5. Abreus, 2020- 2022. Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal. Se estudiaron 98 pacientes escogidos por la técnica de muestreo aleatorio simple. Para esto se usaron las historias clínicas familiares y la encuesta, para definir a la población según variables demográficas y poder identificar la sapiencia sobre la hipertensión arterial y factores de riesgos que podían cambiarse. Empleando los métodos del nivel teórico y empírico además métodos matemáticos estadísticos y los resultados se reflejaron en tablas de números y porcentajes. En los resultados, predominó el grupo de edad de 35 a 39 años con 33.7%(33) y el sexo femenino con un 33.8%(20) pacientes. El nivel de escolaridad predominante fue secundaria básica con un 32.7% (32). En su gran mayoría los adultos jóvenes mostraron un insuficiente nivel de conocimiento sobre factores de riesgo para hipertensión arterial. Como conclusión, los adultos jóvenes mostraron un insuficiente nivel de conocimiento sobre factores de riesgo para la hipertensión arterial principalmente en temas como la obesidad, hábitos alimenticios, hábitos tóxicos, sedentarismo y estilos de vida saludables como métodos de prevención (Ledón-Rodríguez, Valero-Valero, Terry-Rodríguez, & Rodríguez-León, 2023).

Por último, a través del documento titulado Toma de Posición en Prevención Cardiovascular, se sabe que las enfermedades vasculares se posicionan como la principal causa de fallecimiento tanto en Argentina como en todo el mundo. Estas condiciones resultan de la combinación de factores de riesgo que pueden ser modificados, así como de otros que son inalterables. Dentro de esta categoría, la hipertensión arterial se destaca como el factor de riesgo que ejerce el mayor impacto en términos de mortalidad. Investigaciones epidemiológicas como los registros RENATA 1 y 2 (Registro Nacional de Hipertensión Arterial 1 y 2) y las Encuestas Nacionales sobre Factores de Riesgo Cardiovascular han revelado un alto grado de desconocimiento acerca de esta enfermedad, un nivel de tratamiento insuficiente y resultados muy deficientes en cuanto al control de la hipertensión. (Brandani, 2019)

A través del tiempo, el enfoque desde el que se estudia la salud fue modificándose, logrando pasar de un modelo médico hegemónico, con una mirada unicausal, biologicista, ahistórica e individualista a una mirada que incluye otros determinantes como factores socioeconómicos y estilos de vida que influyen con gran significado en la salud.

Es por esto, que la fuerte conexión que se establece entre la salud y los patrones de comportamiento de las personas resalta la importancia de aumentar las estrategias orientadas a cambiar hábitos. A pesar de que se ha sostenido que los estilos de vida son mayormente resultado de decisiones personales, actualmente se asegura que el entorno y las circunstancias de vida, también ejercen un impacto significativo en este aspecto. (Monterubbianesi & Temporelli, 2022)

Propósito

El propósito de esta investigación es socializar los resultados con el equipo de salud del Centro de Atención Primaria para identificar qué factores influyen en los valores de tensión arterial y a partir de esto, generar estrategias educativas que ayuden a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Planteamiento del Problema

Tomando en cuenta los datos de interés presentados en los párrafos anteriores, se ha desarrollado la siguiente pregunta de investigación: ¿Qué relación existe entre la aparición de hipertensión arterial con el estilo de vida, los factores de riesgo modificables y el tipo de empleo, según el sexo y la edad, de una población adulta joven que asiste a un Centro de Atención Primaria de Salud de la ciudad de Funes durante el primer trimestre del año 2024?

Hipótesis

Las hipótesis que se plantearon para la pregunta formulada son:

- Cuanto más saludables son los hábitos relacionados a la alimentación, menor es la frecuencia de aparición de hipertensión.
- Si el consumo de sodio es reducido entonces la tensión arterial estará dentro de los valores normales.
- Las mujeres que consumen tabaco tienen mayor riesgo de tener hipertensión arterial en relación a los hombres.

- Cuanto mayor es el IMC (Índice de Masa Corporal), mayor es la frecuencia de aparición de hipertensión arterial.
- Los adultos jóvenes que realizan diariamente un trabajo sedentario (estático) tienen mayor posibilidad de obesidad y por consiguiente se presentarán valores de tensión arterial elevados.
- A mayor edad de los adultos jóvenes, mayor es la frecuencia de aparición de hipertensión.

Objetivo General

El objetivo general de la investigación busca describir la relación entre la aparición de la hipertensión arterial, el estilo de vida, factores de riesgo modificables y el tipo de empleo, según el sexo y la edad, de una población adulta joven que asiste a un Centro de Atención Primaria de Salud de la ciudad de Funes durante el primer trimestre del año 2024.

Objetivos Específicos

- Caracterizar a la población según tipo de empleo, sexo y edad.
- Describir los estilos de vida según la nutrición, actividad física y el descanso.
- Determinar la presencia de hipertensión arterial en la población adulta joven.
- Examinar cómo se relaciona la aparición de la hipertensión arterial con los estilos de vida.
- Identificar si los tipos de trabajo se relacionan o no con la presencia de hipertensión arterial.
- Valorar si la existencia de factores de riesgo modificables determina la aparición de hipertensión arterial.
- Comparar las diferencias y similitudes de los datos obtenidos según sexo y edad.

Marco Teórico

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha emitido su primer informe acerca de los impactos catastróficos a nivel global de la hipertensión arterial, el cual también contiene sugerencias sobre cómo combatir este enemigo silente. Según el reporte, cerca de cuatro de cada cinco de las personas con hipertensión arterial no están recibiendo el tratamiento necesario. Sin embargo, se estima que si los países aumentan la atención médica podrían prevenir hasta 76 millones de fallecimientos entre 2023 y 2050.

En cifras mundiales uno de cada tres adultos tiene hipertensión. Esta enfermedad común y peligrosa es causante de accidentes cerebrovasculares, infartos de miocardio, insuficiencia cardíaca, daños renales y otros problemas de salud. Se destaca que aproximadamente el 50% de las personas que tienen hipertensión arterial en el mundo no saben que sufren esta enfermedad. Más del 75% de las personas adultas con hipertensión arterial viven en países de ingreso mediano y bajo.

Según las afirmaciones de la OMS en relación con las Enfermedades No Transmisibles, una cantidad considerable de episodios de infartos cardíacos y accidentes cerebrovasculares actuales pueden ser prevenidos mediante el uso de fármacos accesibles, seguros y de amplia disponibilidad, además de la implementación de medidas adicionales como la reducción del consumo de sodio. Abordar la hipertensión arterial en entornos de atención médica primaria no solo tiene el potencial de salvar vidas, sino que también se espera que genere importantes ahorros económicos (OMS, 2023).

La hipertensión arterial es una condición caracterizada por la elevación persistente de la presión en los vasos sanguíneos. El corazón bombea sangre hacia todo el cuerpo mediante estos vasos, y la fuerza con la que la sangre empuja las paredes de las arterias durante cada latido genera la presión arterial. A medida que esta presión aumenta, el corazón encuentra más dificultad para llevar a cabo su bombeo.

Asimismo, de acuerdo con la OMS, se considera hipertensión cuando la presión arterial alcanza niveles de 140/90 mmHg o más. Esta afección, muy común, puede tornarse seria si no se trata debidamente. El primer valor de la tensión arterial representa la presión sistólica (PAS), que refleja la fuerza ejercida por la sangre cuando el corazón se contrae; el segundo constituye la presión diastólica (PAD), que indica la presión en los vasos sanguíneos cuando el corazón se relaja entre latidos.

En ocasiones, esta afección no presenta síntomas, y la única manera de detectarla es a través de la medición de la presión arterial.

Existen factores que pueden aumentar el riesgo de padecer hipertensión, como la edad avanzada, antecedentes genéticos, sobrepeso u obesidad, falta de actividad física, una dieta rica en sal y el consumo excesivo de alcohol. Es por eso que realizar cambios en el estilo de vida, como adoptar una alimentación más saludable, dejar de fumar y aumentar la actividad física, puede contribuir a reducir la presión arterial. Sin embargo, en algunos casos, se requiere el uso de medicamentos.(OMS, 2023)

Además, los datos presentados en los antecedentes relacionados a las disparidades de sexo en el ámbito de la hipertensión arterial, se explican por factores biológicos, como el sistema inmunológico, las hormonas sexuales, la información cromosómica, el sistema renina-angiotensina aldosterona (SRAA) y el sistema nervioso simpático. En muchos casos, esta evidencia proviene de estudios en modelos animales. Además, existe respaldo epidemiológico en estudios observacionales en humanos que preserva estas diferencias. La hipertensión arterial afecta a las mujeres en todas las fases de su vida, y su frecuencia varía en función de la edad. En general, es menos común en mujeres premenopáusicas que en hombres de la misma edad. No obstante, después de la menopausia, la prevalencia de la hipertensión en las mujeres aumenta. Después de los 60-65 años, las tasas son más altas en las mujeres que en los hombres. (Del Sueldo, 2021).

En concreto la hipertensión arterial es una enfermedad de origen múltiple que puede ser controlada, pero que afecta la calidad de vida y reduce la esperanza de vida. Existe una relación directa y constante entre la presión arterial y el riesgo cardiovascular, siendo significativamente mayor cuando PAS supera los 140 mmHg o la PAD los 90 mm. Hg, valores considerados como el punto de diagnóstico (ver Tabla 1). A pesar de esto, incluso con valores más bajos, se observa un riesgo continuo, aunque menor, y el riesgo global aumenta cuando la hipertensión se presenta junto a otros factores de riesgo cardiovascular (Sociedad Argentina de Cardiología; Federación Argentina de Cardiología; Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial, 2018)

Además, en nuestro país, la hipertensión arterial (HTA) representa el factor más significativo en términos de su influencia en la tasa de mortalidad. Se encuentra en el 62% de los casos de trastornos cerebrovasculares y el 49% de los casos de enfermedad coronaria. Además, es la segunda causa principal de años de vida perdidos debido a discapacidad en el ámbito global. Esta patología afecta aproximadamente al 35% de la población en nuestro país, cifra que se asemeja a la prevalencia observada en toda América Latina, aunque es importante destacar que la distribución de la HTA en Argentina, al igual que en otros países de la región, es diversa. Esta diversidad se debe principalmente a factores sociales que influyen en la salud, como los niveles de ingresos, la educación y las condiciones de vivienda, todos tienen un impacto

significativo en la incidencia de los factores de riesgo cardiovascular. Además, las condiciones de vida y la situación laboral pueden jugar un papel crucial al retrasar la detección de la HTA y agravar su progresión, principalmente debido a la falta de acceso a tratamiento, lo que dificulta la prevención de complicaciones cardiovasculares y cerebrovasculares.

El nivel de conocimiento en nuestro país con respecto a esta enfermedad continúa siendo insuficiente. Esta realidad la demuestran los estudios RENATA 1 y 2 (Registro Nacional de Hipertensión Arterial que informa sobre la prevalencia, el conocimiento, el tratamiento y el control de la HTA), efectuados en 2007/2008 y 2015/2016 respectivamente, observando un estancamiento tanto en el grado de desconocimiento de la hipertensión (37.2% vs 38.8%) como en el grado de control de la misma (26.5% vs 24.2%). (Brandani, 2019).

Clasificación de la presión arterial en consultorio en mayores de 16 años (Tabla 1).

Categoría	Sistólica (mmHg)		Diastólica (mmHg)
PA normal	<130	y/o	<85
PA limítrofe	130-139	y/o	85-89
Hipertensión		y/o	
HTA nivel 1	140-159	y/o	90-99
HTA nivel 2	160-179	y/o	100-109
HTA nivel 3	ε 180	y/o	ε 110
HTA sistólica aislada	ε 140	Y	< 90

Específicamente al evaluar a un paciente con sospecha de hipertensión arterial (HTA), se persiguen tres objetivos principales: confirmar la existencia de la HTA, determinar el riesgo cardiovascular global y detectar posibles causas de HTA secundaria. Para lograr estos propósitos, se emplean metodologías y herramientas de diagnóstico que incluyen la anamnesis, el examen físico y pruebas complementarias (Sociedad Argentina de Cardiología; Federación Argentina de Cardiología; Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial, 2018).

En este sentido, se utiliza una clasificación para la identificación de la HTA. En primer lugar se menciona la hipertensión arterial primaria idiopática o esencial que es responsable de más del 90% de los casos vistos en la práctica médica y son muchos los factores fisiopatológicos que han sido considerados en su génesis, entre estos se mencionan, el incremento en la actividad del sistema nervioso simpático (SNS), tal vez relacionado con excesiva exposición o respuesta al estrés psicosocial, es decir del impacto de la vida moderna; un respaldo creciente en los últimos años para la idea de que diversas condiciones, como la sobreproducción de

hormonas que retienen sodio y causan constricción de los vasos sanguíneos, el consumo excesivo de sodio, la ingesta insuficiente de potasio y calcio, el aumento de la actividad de la renina y la producción de angiotensina II y aldosterona (SRAA), la falta de vasodilatadores como la prostaciclina, el óxido nítrico (ON) y los péptidos natriuréticos, alteraciones en el sistema kininakalikreína que afectan la regulación del sodio, así como anomalías en los vasos de resistencia, que incluyen la disfunción endotelial, el estrés oxidativo, la remodelación vascular y la pérdida de elasticidad, pueden preceder y contribuir al desarrollo de la hipertensión (Gamboa A., 2006). En segundo lugar, dentro de esta clasificación se reconoce a la Hipertensión secundaria que suele detectarse en un 5-10 % de los pacientes hipertensos si bien la prevalencia varía en función de la edad y el contexto clínico. La HTA secundaria, entendida por la definición clásica como una HTA ocasionada por una etiología corregible. Entre las causas más frecuentes se encuentran las enfermedades renales (parenquimatosas o renovasculares), el hiperaldosteronismo primario (HAP), la HTA inducida por fármacos o tóxicos y el síndrome de apnea-hipopnea del sueño (SAHS) (Santamaria O. & Gorostidi, 2021). En este sentido un adulto padece HTA cuando al menos en dos visitas separadas como mínimo por una semana, los promedios de dos o más mediciones de la PA obtenidos en cada oportunidad son iguales o superiores a 140 mmHg de PA sistólica y/o iguales o superiores a 90 mmHg de PA diastólica. (Espeche, 2019)

Asimismo, según los fundamentos teóricos de la OMS, para realizar el diagnóstico de hipertensión, es necesario realizar mediciones en dos días diferentes. En ambas ocasiones, la presión arterial sistólica debe ser igual o mayor a 140 mmHg, y la presión diastólica debe ser igual o mayor a 90 mmHg. (OMS, 2023). Los mismos lineamientos son considerados En el Consenso Argentino de Hipertensión Arterial, elaborado por la SAC, FAC y SAHA en el año 2018 (Sociedad Argentina de Cardiología; Federación Argentina de Cardiología; Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial, 2018)

A pesar de ser un valor instantáneo, no se puede afirmar que alguien es hipertenso a raíz de una toma de tensión arterial aislada, es necesario un estudio más minucioso del caso, desprendiéndose de este estudio un diagnóstico y un tratamiento acordes con el estado de salud del paciente.

Tanto el proceso de diagnóstico, la evaluación y el seguimiento de los pacientes dependen en gran medida de la precisa medición de la presión arterial. Por lo tanto, es esencial utilizar una técnica adecuada junto con dispositivos debidamente validados y calibrados para asegurar que el registro de la presión arterial sea confiable y pueda repetirse con precisión. La utilización de una técnica de medición inadecuada puede ocasionar diagnósticos excesivos o

insuficientes, lo que, a su vez, puede dar lugar a la adopción de acciones no necesarias o a retrasos en el inicio del tratamiento, respectivamente.

En concordancia a lo expuesto anteriormente existen equipos y técnicas para registrar la presión arterial como por ejemplo los equipos auscultatorios que se basan en la detección de los ruidos de Korotkoff mediante la colocación de la membrana del estetoscopio sobre la arteria humeral, justo encima y distal al manguito que la comprime. Requieren la intervención de un operador que infla y desinfla el manguito utilizando una pera de goma con válvula. Existen dos tipos de equipos en esta categoría, los de mercurio, aunque actualmente en desuso, ofrecen la máxima precisión y facilidad de uso. Es importante mantener un control periódico para asegurarse de que la muesca de mercurio coincida con el punto cero de la columna, reponer mercurio en caso de pérdida y evitar el contacto directo con el mismo. Por otro lado, los equipos aneroides registran la presión a través de un sistema mecánico que consiste en un fuelle que se expande a medida que se aumenta la presión del manguito y muestran los resultados en una escala en milímetros de mercurio que va de 0 a 300. Son ampliamente utilizados y se recomienda calibrarlos cada seis meses.

Además, se utilizan equipos oscilométricos que emplean la detección de las variaciones en las oscilaciones de presión dentro del manguito oclusivo. Cuando la presión del manguito alcanza la presión sistólica, se produce una apertura transitoria del flujo arterial que aumenta las oscilaciones. A medida que la presión en el manguito disminuye, las oscilaciones se vuelven más amplias hasta que alcanzan un punto máximo que corresponde exactamente a la presión arterial media, y luego disminuyen a partir de ese punto. El punto en el que las oscilaciones disminuyen con mayor rapidez se considera la presión diastólica, y este punto coincide con un cambio brusco en las oscilaciones. Este método se utiliza en muchos tensiómetros automáticos para medir la presión arterial.

Con el objetivo de la validación de estos dispositivos que miden la presión arterial en adultos, el Protocolo Internacional fue actualizado por la Sociedad Europea de Hipertensión en el año 2010. En esta revisión, se tomaron en cuenta los avances tecnológicos que han mejorado la precisión de los dispositivos. Como resultado, se han modificado los criterios de evaluación para asegurar que solo los dispositivos de mayor calidad sean recomendados para su uso en entornos clínicos. Este protocolo se encuentra disponible para su descarga en línea.

Para calibrar adecuadamente el equipo, se debe utilizar una tubuladura de conexión en forma de "Y" para comparar con un tensiómetro "patrón" cada seis meses. La diferencia no debe exceder los 2 mm Hg en un rango de 50 a 300 mm Hg.

En cuanto a las condiciones recomendadas para los equipos se debe tener en cuenta que el esfigmomanómetro aneroide haya sido calibrado en los últimos seis meses o un esfigmomanómetro de mercurio mantenido de manera adecuada también para los aparatos automáticos validado y calibrado en el último año, que incluya un manguito de goma con brazalete. El brazalete ideal debe tener un manguito que pueda cubrir el 80% de la circunferencia del brazo y dos tercios de su longitud. Se recomienda disponer, siempre que sea posible, de manguitos de diferentes tamaños para adaptarse a diversos tipos de pacientes, como personas delgadas, normales, obesas o niños. Además, el brazalete debe contar con un sistema de cierre, como velcro, que permita sujetarlo de manera segura. Estas condiciones son fundamentales para garantizar mediciones precisas de la presión arterial.

Actualmente existen recomendaciones para obtener mediciones precisas de la presión arterial, es esencial considerar las condiciones del paciente y el entorno. El paciente debe estar físicamente y mentalmente relajado. Se debe evitar el ejercicio físico previo y se recomienda que el paciente descanse durante al menos 5 minutos antes de la medición. Es importante que el paciente evite cualquier actividad muscular isométrica. Por lo tanto, debe estar sentado con la espalda, los brazos y los pies apoyados de manera cómoda. Evitar medir la presión arterial en casos de incomodidad, una vejiga llena, angustia, dolor u otras condiciones que puedan interferir con la relajación del paciente.

El entorno de la consulta debe ser tranquilo, confortable y mantener una temperatura adecuada. Se recomienda que el paciente evite consumir café, tabaco, bebidas cola o alcohol en los 15 minutos previos a la medición, ya que estas sustancias pueden influir en la presión arterial. La posición del paciente durante la medición de la presión arterial es fundamental para obtener resultados precisos. Aquí se detallan las indicaciones: El paciente debe estar sentado con ambos pies apoyados en el suelo y sin cruzar las piernas. Esta posición ayuda a mantener la estabilidad y la comodidad. La espalda del paciente debe estar en contacto con el respaldo de la silla para garantizar una postura adecuada. El brazo a medir debe estar desnudo, evitando arremangar la ropa, para que esta no comprima el brazo y afecte la medición. El brazo debe estar apoyado de manera cómoda con la palma hacia abajo para evitar la contracción de los músculos. Asegúrese de que el punto medio del húmero (el hueso del brazo) esté a la altura del corazón.

En la primera visita, se debe tomar la presión arterial en ambos brazos. Luego, se selecciona el brazo en el que se registra la presión arterial más elevada para el seguimiento posterior. (Blanco, 2012)

Como se mencionó anteriormente, la modificación del estilo de vida es un elemento esencial en el manejo de pacientes con hipertensión y debe ser recomendada y supervisada en

de manera efectiva en todos los individuos que padecen esta afección, sin importar su variable clínica o la posible causa subyacente.

Actualmente existen diversos tratamientos, en los que se incluye a los no farmacológicos que resaltan la importancia de los estilos de vida saludables y que además se recomiendan en la población para evitar la aparición de HTA y Enfermedad Cerebrovascular (ECV), así como de otras enfermedades crónicas. Los pacientes con presión arterial en el rango limítrofe tienen mayor riesgo de desarrollar HTA y ECV en comparación a los que tienen una presión arterial normal. Dado que la evidencia de costo-efectividad del tratamiento farmacológico en este grupo de pacientes es limitada, se recomienda en primer lugar enfocarse en la implementación de cambios en el estilo de vida. Estos cambios pueden retrasar o incluso obviar la necesidad de emplear medicamentos como tratamiento, o bien facilitar la reducción de la dosis de estos fármacos, o incluso la interrupción de su uso después de haber sido iniciado. La eficacia del tratamiento se potencia al combinar las modificaciones en el estilo de vida con la terapia farmacológica, lo que a su vez posibilita una reducción más significativa del riesgo cardiovascular (Sociedad Argentina de Cardiología; Federación Argentina de Cardiología; Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial, 2018, pág. 28). Justamente cuando los pacientes siguen las indicaciones que realiza el médico tratante, se logra la adherencia terapéutica, tanto relacionada a los cambios en estilo de vida como al posible tratamiento farmacológico.

Se define como paciente adherente a aquel que cumple con su tratamiento en un rango que va del 80 al 100%. La falta de cumplimiento en el tratamiento está asociada con un control deficiente de la presión arterial, un aumento en la morbimortalidad cardiovascular y un incremento en la cantidad y complejidad de ingresos hospitalarios. (Sociedad Argentina de Cardiología; Federación Argentina de Cardiología; Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial, 2018, pág. 37).

Es por esto que se considera esencial incorporar las prácticas relacionadas con la higiene y la alimentación en el tratamiento de todos los individuos que padecen hipertensión. Las mismas son asequibles, no conllevan efectos secundarios no deseados y refuerzan la eficacia de los medicamentos antihipertensivos. Sin embargo, es importante destacar que el efecto hipotensor de los cambios en el estilo de vida perdura únicamente si se mantienen a largo plazo. La interrupción de estas medidas suele traducirse en un rápido aumento de la presión arterial (Sociedad Argentina de Cardiología; Federación Argentina de Cardiología; Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial, 2018)

Asimismo, la OMS afirma que tanto la hipertensión arterial como el resto de las ECNT se asocian a grupos de edad avanzada, sin embargo, las estadísticas revelan que 17 millones de

las muertes relacionadas, ocurren antes de los 70 años. Cuestiones como la generalización de hábitos de vida poco saludables y el envejecimiento de la población son factores contribuyentes clave. Además, las dietas no saludables y la falta de actividad física pueden resultar en el incremento de la presión arterial, niveles elevados de glucosa en sangre, altos niveles de lípidos en sangre y la obesidad. (OMS, 2022)

En sintonía, el Ministerio de Salud de Argentina añade que estas patologías constituyen una auténtica epidemia en constante crecimiento, por un lado, debido al envejecimiento de la población y por otro, a los estilos de vida contemporáneos que fomentan la falta de actividad física y una dieta poco saludable. (Ministerio de Salud de la Nación, 2016)

De acuerdo a estos lineamientos teóricos y como se mencionó en los antecedentes, el informe de una revista médica chilena publicado en el año 2020 indicó que los estilos de vida se han considerado a lo largo de la historia de la humanidad como factores que se pueden utilizar para intervenir en mejorar la salud de las personas. Son entendidos como las maneras en las que las personas llevan a cabo sus vidas. De una forma tradicional, se evalúan mundialmente los estilos de vida ligados de manera directa a la salud cardiovascular, que son la nutrición, la actividad física, el sueño y el consumo de sustancias, y en menor medida, aquellos los relacionados a la salud mental como el vínculo social. (Tala, Vasquez, & Plaza, 2020)

Por su parte, la OMS define en su glosario que un modo de vida se define por patrones de conducta que se ven influenciados por las características personales, interacciones sociales y condiciones socioeconómicas y ambientales. Estos comportamientos, sujetos a evaluación y adaptación en distintos contextos sociales, no son estáticos, sino flexibles y susceptibles de transformación. Los estilos de vida individuales, con sus patrones de conducta específicas, pueden tener un impacto significativo en la salud propia y de los demás. Para mejorar la salud mediante cambios en los estilos de vida, se requiere actuar no solo a nivel individual, sino también abordar las condiciones sociales. Es crucial tener en cuenta que no hay un estilo de vida universalmente "perfecto" al que todas las personas puedan adherirse. Factores como la cultura, los ingresos, la estructura familiar, la edad, la capacidad física y el entorno tanto en el hogar como en el trabajo influirán en la preferencia y la viabilidad de ciertas formas y condiciones de vida. (OMS, 1998)

Reforzando esta teoría, es importante destacar el informe realizado por Galli, Pagés y Swieszkowsk en 2017, basado en el documento llamado Nuevas Perspectivas sobre la Salud de los Canadienses publicado en 1974 por Marc Lalonde, el cual refiere que la salud y la enfermedad no dependen únicamente de factores biológicos y/o infecciosos, sino que en su mayoría tienen un fuerte componente socioeconómico como base. Para Lalonde (1974) el nivel de salud de una

comunidad está influido por cuatro grandes grupos de determinantes (condiciones socio-económicas que influyen en el estado de salud de las personas): la biología humana, el estilo de vida, el medio ambiente y el sistema de asistencia sanitaria. De estos cuatro el más influyente es el estilo de vida que es el conjunto de elecciones que un individuo hace en relación a su propia salud y sobre las cuales tiene cierto grado de influencia. En términos de salud, las decisiones deficientes y los comportamientos personales dañinos conllevan riesgos que se originan en el propio individuo. Si bien este determinante es el de mayor peso, también es el más modificable mediante acciones de promoción de la salud o prevención de la enfermedad. (Galli, Pagés, & Swieszkowsk, 2017).

Es así entonces, como el estilo de vida que eligen las personas tiene un impacto significativo en nuestra salud, tanto en lo físico como en lo mental y social. Lograr que los individuos, la familia y la comunidad sean promotores de su propia salud es, en parte, lo que se enfatiza en la séptima edición del libro Modelos y Teorías de Enfermería citando el modelo enfermero de Dorothea Orem (1914 - 2007) en su Teoría Enfermera de Déficit de Autocuidado (TEDA). La misma es una teoría general que se conforma por elementos conceptuales y tres teorías que especifican las relaciones entre estos mismos y dan cuerpo a la TEDA, ellas son: Teoría de los Sistemas Enfermeros, Teoría de Déficit de Autocuidado y Teoría de Autocuidado.

La primera se enfoca en explicar por qué y cómo las personas se cuidan a sí mismas. En otras palabras, busca comprender las motivaciones y los procesos que las personas utilizan para mantener su propio bienestar y salud.

La segunda se centra en describir y explicar cómo la enfermería puede intervenir para ayudar a las personas que enfrentan carencias o deficiencias en su capacidad de autocuidado. Proporciona un marco para la asistencia y el apoyo de enfermería en situaciones en las que los individuos no pueden satisfacer sus propias necesidades de cuidado.

La tercera y última se dedica a describir y explicar las relaciones que deben establecerse y mantenerse para que se pueda brindar cuidado enfermero eficaz. Aborda la importancia de la colaboración y la coordinación entre enfermeras y pacientes, así como otros profesionales de la salud, para garantizar un cuidado integral y efectivo.

En este mismo sentido Orem (2001) define que el autocuidado consiste en la realización de tareas por parte de individuos adultos o en proceso de madurez, en momentos específicos, con el propósito de mantener una vida activa y saludable, así como seguir avanzando en su crecimiento personal y bienestar, al satisfacer las demandas relacionadas con el funcionamiento y desarrollo. Esta teoría se basa en que el autocuidado no es innato, sino que se aprende, se vivencia a medida que el ser humano crece y se desarrolla a través de relaciones con otras

personas (durante la infancia con los padres que son el modelo a seguir y luego con el entorno, formado por familia, amigos, etc.).(Raile Alligood & Marriner Tomey, 2011)

Un estilo de vida saludable tendrá efectos positivos en la salud en múltiples aspectos. Incluyendo la incorporación de hábitos como el ejercicio regular, una alimentación equilibrada y saludable, el disfrute del tiempo libre, la participación en actividades sociales, el mantenimiento de una autoestima positiva, entre otros. Estos factores contribuyen de manera significativa al bienestar general. (Ministerio de Salud de la Nación, 2016)

Asimismo, la OMS aporta que un estilo de vida saludable, es aquel en el que se mantiene una armonía y equilibrio en su dieta alimentaria, actividad o ejercicio físico, vida sexual sana, conducción segura, manejo del estrés, capacidad intelectual, recreación (sobre todo al aire libre) descanso, higiene, paz espiritual buenas relaciones interpersonales, así como también la relación con nuestro entorno entre otras.

Para llevar una vida saludable deben evitarse todo tipo de excesos; es tan malo comer mucho como comer muy poco, en este sentido deben escogerse los alimentos más nutritivos, en especial cereales, frutas, verduras, y beber abundante agua (dos litros de agua o más al día), para mantener un peso corporal adecuado. La alimentación saludable es aquella que permite alcanzar y mantener un funcionamiento óptimo del organismo, conservar o restablecer la salud y disminuir el riesgo de padecer enfermedades. Cada persona tiene requerimientos nutricionales en función de su edad, sexo, talla y actividad física, recordando además que no es lo mismo alimentarse que nutrirse.

Es importante además dormir aproximadamente ocho horas por día, y realizar actividad física de acuerdo a la edad y estado físico general, como caminar, subir y bajar gradas, pasear por el campo, limpiar la casa, el jardín o el solar de la casa, limpiar la letrina y bailar, todos estos movimientos son para no permanecer tanto tiempo sentados, si la persona es más activa puede realizar ejercicio físico como jugar futbol, basquetbol, levantar pesas, participar en una maratón, entre otras. (OPS, 2016)

Si bien son numerosas las conductas que hacen al estilo de vida de cada persona, en el foco de este estudio se encuentran la alimentación, la actividad física y el descanso, ya que se relacionan al grado de funcionalidad del organismo. A continuación, se detallan una serie de recomendaciones que fueron utilizadas para confeccionar el instrumento de recolección de datos del presente estudio.

Una alimentación saludable proporciona todos los nutrientes esenciales y la energía necesaria para que una persona mantenga su salud. Además, contribuye a mejorar la calidad de vida en todas sus etapas.

En este sentido, el Manual para el Cuidado de Personas con Enfermedades Crónicas No Transmisibles establece una serie de pautas o sugerencias dentro de las cuales se encuentran el realizar 4 comidas al día (desayuno, almuerzo, merienda y cena) incluir verduras, frutas, legumbres, cereales, leche, yogur o queso, huevos, carnes y aceites; elegir alimentos preparados en casa en lugar de procesados; a lo largo del día beber al menos 2 litros de agua (8 vasos); consumir al menos medio plato de verduras en el almuerzo, medio plato en la cena y 2 o 3 frutas por día; limitar el consumo de bebidas azucaradas y la cantidad de azúcar agregada a infusiones; cocinar sin sal, limitar el agregado en las comidas y evitar el salero en la mesa. (Para reemplazar la sal utilizar condimentos de todo tipo (pimienta, perejil, ají, pimentón, orégano, etc.); los fiambres, embutidos y otros alimentos procesados (como caldos, sopas y conservas) contienen elevada cantidad de sodio, al elegirlos en la compra leer las etiquetas; limitar el consumo de golosinas, amasados de pastelería y productos de copetín (como palitos salados, papas fritas de paquete, etc.). (Ministerio de Salud de la Nación, 2016)

Con relación al sodio, representado por el 40% del cloruro de sodio o sal de mesa, es considerado un nutriente crítico, junto con los azúcares y las grasas. Se estima que el consumo diario de sal en el país supera los 10 gramos, lo que equivale a aproximadamente 4000 miligramos de sodio, duplicando la recomendación actual.

Además, es una evidencia científica validada la relación directa que existe entre el alto consumo de sodio y el desarrollo de enfermedades cardiovasculares. Por lo que reducir la ingesta diaria de sal de 10 a 5 gramos por día se ha asociado con una disminución de eventos cardiovasculares, reduciendo los accidentes cerebrovasculares (ACV) en un 24% y la enfermedad coronaria (EC) en un 18%.

Alrededor de dos tercios del consumo diario de sodio ingresa al organismo en alimentos industrializados o envasados, mientras que el tercio restante se añade por agregar sal de mesa. (Ministerio de Salud Argentina, 2019)

Por otro lado, en cuanto a la actividad física la OMS la define como: "cualquier movimiento producido por los músculos esqueléticos del cuerpo humano con gasto de energía. La actividad física incluye una amplia variedad de movimientos corporales y actividades de la vida diaria, como jugar, trabajar, caminar, realizar tareas domésticas y participar en actividades recreativas. En esta definición se incluye el ejercicio, una subcategoría de actividad física que se caracteriza por ser planificada, estructurada y repetitiva, y cuyo objetivo es mejorar o mantener el estado físico"

La práctica constante y apropiada de ejercicio físico contribuye a disminuir las posibilidades de desarrollar hipertensión, infarto agudo de miocardio, ataque cerebrovascular, diabetes, varios tipos de cáncer y la depresión.

La OMS y el Programa Nacional de Lucha Contra el Sedentarismo recomiendan a los adultos realizar; al menos 150 minutos de ejercicio físico a la semana, de intensidad moderada, con el fin de incrementar ligeramente la frecuencia cardíaca o la respiración; 75 minutos semanales de actividad física vigorosa, que puede incluir actividades como jardinería enérgica, correr, andar en bicicleta, nadar o practicar algún deporte, o una combinación equivalente de actividad moderada y vigorosa, o actividades para fortalecer los principales grupos musculares dos o más veces por semana. (OPS, 2019)

Se puede observar una relación inversa, casi proporcional, entre la práctica constante de actividad física y la disminución del riesgo de desarrollar hipertensión arterial. Realizar 150 minutos por semana de actividad física conlleva una reducción del 6% en el riesgo, mientras que dedicar entre 300 y 900 minutos por semana disminuiría el riesgo en un 12% y un 33%, respectivamente. Es importante destacar que estos minutos totales por semana se pueden distribuir en múltiples sesiones, cada una de al menos 30 minutos de duración. (Ministerio de Salud Argentina, 2019)

Por otro lado, lograr y mantener un buen descanso, permite cumplir con las actividades cotidianas y esto afecta directamente en la calidad de vida durante el tiempo que se está despierto.

Según el artículo publicado en la Revista Médica Clínica Las Condes en el año 2021, el sueño típico se caracteriza por ser un estado en el que la conciencia disminuye y la capacidad de responder a los estímulos del entorno se reduce. Se trata de un estado que puede revertirse. El acto de dormir es un resultado fisiológico, de las rutinas de las personas, su salud mental y las patologías que puedan tener. El insomnio o la falta de un sueño adecuado puede ser tanto la causa como un factor que agrava diversas afecciones de salud, como enfermedades cardiovasculares, diabetes tipo 2 y síndrome metabólico, problemas psiquiátricos y cáncer.

En relación a las horas de sueño requeridas por cada individuo, no hay solo una respuesta. En 2015, expertos de la National Sleep Foundation generaron recomendaciones sobre cuánto debe durar el sueño para cada grupo etario. Para las personas en la edad media de la vida, se sugiere que duerman entre 7 y 9 horas durante la noche, pero esto a menudo es difícil de cumplir en la sociedad actual. La duración promedio del sueño para la población adulta sigue una distribución normal, con una media de alrededor de 8 horas y una desviación estándar de aproximadamente 1 hora.

Es importante destacar que en adultos jóvenes se ha comprobado que la calidad del sueño está aún más estrechamente relacionada con una salud mental mejorada en comparación con los beneficios para la salud física (Fabres & Moya, 2021)

Dentro de las recomendaciones para lograr un descanso y sueño reparador se encuentran; evitar ambientes con ruidos y luces; dormir en un ambiente con temperatura agradable; si realiza un ritual que lo ayude a la hora de conciliar el sueño, repetirlo cuando se pueda; reducir el consumo abundante de líquidos por la noche: en especial café; evitar beber alcohol que puede causar un sueño liviano y entrecortado; tratar de dormir en horarios habituales y constantes. (Ministerio de Salud Argentina, 2017)

La relación entre el sueño, la adopción de una alimentación saludable y la práctica de hábitos de ejercicio no sedentarios es de gran importancia, ya que estos tres factores se consideran los pilares fundamentales de la salud.

Por otro lado, un estilo de vida poco saludable puede ser el desencadenante de diversas enfermedades, que incluyen la obesidad, la diabetes, la hipertensión arterial, el cáncer, el estrés y muchas otras. Este tipo de estilo de vida involucra hábitos perjudiciales como el consumo de sustancias tóxicas como el alcohol y las drogas, el tabaquismo, la falta de actividad física (sedentarismo), y la exposición a contaminantes ambientales, entre otros. Estos factores pueden aumentar el riesgo de desarrollar enfermedades y afectar negativamente la salud en general. (Ministerio de Salud de la Nación, 2016)

Los estilos de vida no saludables, en cualquier etapa de la vida, son comportamientos de riesgo para la salud, trayendo como consecuencia el desarrollo de Enfermedades No Transmisibles (ENT), como: hipertensión, obesidad, dislipidemias e hiperglucemias.

En Argentina, el Ministerio de Salud de la Nación y el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos desarrollan en la Tercera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades No Transmisibles la Estrategia Nacional para la Prevención y Control de las ENT. De ella surgen tres elementos importantes. El primero, relacionado a la promoción de la salud que implica la participación activa diversos agentes (entidades gubernamentales, organizaciones de la sociedad civil y el sector privado) con el fin de fomentar comportamientos y entornos que beneficien la salud y supervisar la disponibilidad de productos y servicios; el segundo establecer tácticas con el objetivo de renovar los servicios de salud hacia un enfoque completo e integrado de las afecciones crónicas y el último, se relaciona al fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica a través de la contribución con datos auténticos y confiables. Las metas planteadas en esta estrategia se vinculan a bajar los niveles de los factores de riesgo para las ENT, reducir la mortalidad causada por estas patologías y mejorar el acceso y la calidad de

atención médica. (Ministerio de Salud de Argentina; Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2013)

En sintonía con esto, se establece una relación clara con la bibliografía consultada citando el pensamiento de Orem (2001), el cual desarrolla que la TEDA en parte, está conformada por la Teoría de los Sistemas Enfermeros, aportando que enfermería es una acción humana, que los sistemas enfermeros son sistemas de operación, creados y desarrollados por enfermeras a través de la práctica de su profesión, para asistir a personas que tienen restricciones relacionadas con su salud en el autocuidado o en el cuidado que reciben. Ella afirma que dentro de las tareas de la profesión se abarcan acciones deliberadas incluyendo la planificación y ejecución de diagnósticos, la prescripción y el control de tratamientos (Raile Alligood & Marriner Tomey, 2011).

Por otro lado, para poder profundizar en los factores de riesgo relacionados a las ECNT que afectan a la salud de las personas, es necesario conocer que se agrupan en dos tipos: biológicos o no modificables y conductuales o modificables.

Dentro de los factores de riesgo no modificables se incluyen: los factores que no pueden cambiarse, como son la edad, los antecedentes familiares de hipertensión y el padecimiento de otras enfermedades (diabetes o nefropatías).

Mientras que los factores de riesgo modificables abarcan: el consumo de tabaco, el consumo de alcohol y el sobrepeso o la obesidad (OMS, 2023). Si bien dentro de esta categoría pueden tomarse como factores de riesgo las dietas malsanas e inactividad física, para el presente trabajo, fueron incluidos dentro de la variable estilos de vida.

Entre los factores de riesgo que más afectan la salud de las personas se menciona al sobrepeso o la obesidad, que es descrita por la OMS como una situación en la que la presencia excesiva de grasa corporal afecta de manera negativa la salud. (OMS, 2021)

Esta enfermedad metabólica crónica se define por el aumento de los depósitos de tejido adiposo en el organismo y se produce porque la ingesta calórica es mayor que el gasto de energía. (Díaz, 2012)

El estado nutricional de una persona permite evaluar la calidad y cantidad de nutrientes que consume y una de las formas es a través del uso de medidas como el índice de relación entre el peso y la talla, así como el índice de masa corporal. (IMC).

El (IMC) muestra la correlación más sólida con el nivel de grasa corporal de un individuo y está vinculado al riesgo de obesidad, problemas cardiovasculares, resistencia a la insulina e hipertensión en la etapa adulta. Se calcula dividiendo el peso en kilogramos por el cuadrado de la estatura en metros.

En referencia a los adultos, la OMS define la existencia de sobrepeso, cuando el Índice de Masa Corporal (IMC) es igual o superior a 25 y de obesidad, cuando el IMC es igual o superior a 30.

Es importante destacar que el IMC es la medida más útil para evaluar el sobrepeso y la obesidad en la población, ya que es consistente tanto para hombres como para mujeres y para adultos de todas las edades.

La principal razón detrás del sobrepeso y la obesidad radica en un desequilibrio energético entre la cantidad de calorías consumidas y las calorías gastadas. A nivel global, se observaron dos tendencias significativas. En primer lugar, un aumento en la ingesta de alimentos con un alto contenido calórico, especialmente aquellos ricos en grasa y en segundo lugar una disminución en la actividad física debido a la creciente naturaleza sedentaria de muchas ocupaciones, cambios en los métodos de transporte y el aumento de la urbanización.

Esta enfermedad puede prevenirse en la mayoría de los casos. Para esto es esencial lograr entornos y comunidades favorables, que fomenten la toma de decisiones saludables por parte de las personas. De esta manera, se busca que la opción más fácil de elegir, es decir, la que es más accesible, disponible y asequible, sea también la más saludable en términos de alimentación y actividad física regular. Esto desempeña un papel crucial en la prevención del sobrepeso y la obesidad.

Desde la perspectiva individual, se puede optar por modificar los hábitos y conductas alimentarias e incorporar la actividad física, como rutina diaria.

La efectividad de la responsabilidad personal solo se materializa plenamente cuando las personas pueden disfrutar de un estilo de vida saludable. Por tanto, en el ámbito social, es fundamental respaldar a los individuos en la adopción de las recomendaciones mencionadas, a través de la implementación constante de políticas basadas en la evidencia científica y orientadas a la población. (OMS, 2021)

Otro principal factor de riesgo ligado a la Hipertensión Arterial y al desarrollo de patologías cardiovasculares, respiratorias y cáncer es el consumo de tabaco. El uso de tabaco provoca un aumento repentino de la presión arterial y la frecuencia cardíaca debido a la activación del sistema simpático. (Acosta, y otros, 2021)

Según cifras que aporta la OMS, el consumo de tabaco tiene un impacto devastador, ya que causa la muerte de hasta la mitad de las personas que lo consumen y no logran dejarlo. Cada año, el tabaco cobra la vida de más de 8 millones de individuos, de los cuales aproximadamente 1.3 millones son personas no fumadoras expuestas al humo de segunda mano.

Es relevante destacar que alrededor del 80% de los 1,300 millones de consumidores de tabaco en el mundo residen en naciones de ingresos medianos o bajos. En el año 2020, alrededor del 22.3 % de la población mundial consumía tabaco, con tasas más altas entre los hombres, específicamente el 36.7 por ciento, en comparación con el 7.8 % de las mujeres.

Para abordar esta epidemia de tabaquismo, los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) adoptaron en 2003 el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT de la OMS). Actualmente, este tratado cuenta con la participación de 182 países. (OMS, 2023)

El tabaco y su consumo representan una de las principales amenazas para la salud pública en la actualidad. Constituye la causa principal de mortalidad evitable en todo el mundo y ha resultado en la pérdida de vidas de hasta la mitad de quienes lo consumen, lo que equivale a aproximadamente 7 millones de personas cada año. Es la única adicción que perjudica tanto a quienes lo consumen como a aquellos que se ven expuestos involuntariamente al humo de segunda mano (fumadores pasivos). (Pieroni, Alcalá, Del Sueldo, & Martínez, 2018)

En Argentina, el Observatorio Argentino de Drogas (2016) presentó los resultados de un informe epidemiológico sobre el consumo del tabaco que arrojó que los hombres presentan tasas de consumo más elevadas que las mujeres, tanto en términos de la prevalencia del consumo a lo largo del mes como en los indicadores que miden la cantidad de tabaco consumida.

En la distribución por grupos de edad, los jóvenes, especialmente aquellos de 25 a 34 años, muestran una mayor tasa de prevalencia de fumadores actuales, es decir, aquellos que fuman ya sea todos los días o algunos días al mes. Por otro lado, las personas de mayor edad, específicamente las que tienen entre 50 y 64 años, presentan una mayor prevalencia de fumadores diarios, es decir, aquellos que fuman todos los días. (Presidencia de la Nación; Observatorio Argentino de Drogas, 2016).

La nicotina, es el principal componente del tabaco que trabaja a nivel del sistema nervioso central de manera euforizante, cognitiva, regulando el humor, la concentración, la memoria y el apetito, entre otras.

Los cigarrillos poseen las cualidades de una droga ideal: son asequibles, económicos, no requieren equipo adicional, son portátiles, de larga duración, no dependen de refrigeración, no enfrentan problemas de control de calidad y no conllevan el riesgo de sobredosis. Se puede consumir de varias maneras, ya sea mediante la inhalación, la absorción oral, la masticación o la aspiración. En todas las variantes de productos tabacales, se encuentra presente la nicotina

Además, la toxicidad del tabaco se manifiesta de manera gradual y a largo plazo. Este hecho contribuye a que las personas puedan negar el problema y dificulta su percepción. (Pieroni, Alcalá, Del Sueldo, & Martínez, 2018)

El uso de productos derivados del tabaco conlleva riesgos significativos para la salud. El humo producido por el tabaco contiene una cantidad considerable de sustancias químicas dañinas, incluyendo al menos 250 componentes nocivos, de los cuales al menos 69 están relacionados con el desarrollo de cáncer. El consumo de tabaco puede impactar negativamente en todas las partes del organismo y es un factor de riesgo destacado para las Enfermedades Cardiovasculares (ECV). Se estima que la exposición a productos derivados del tabaco contribuye al 10% de todas las muertes atribuidas a ECV.

Desde el Ministerio de Salud de la Nación, como una propuesta no farmacológica, se elaboró una guía con consejos y pasos para dejar de fumar, un enfoque concreto y eficaz para que cada persona cree su propio sistema utilizando ideas y recomendaciones de aquellos que ya han tenido éxito en ello. Algunos pasos que incluye son: completar una hoja de registro de la cantidad diaria de cigarrillos consumidos, explorar en detalle las ventajas que se experimentarían al dejar de fumar, elaborar una tabla que enumere los pros y contras del abandono del hábito, calcular los costos asociados al consumo de cigarrillos, adoptar entornos libres de humo como parte del estilo de vida, reconocer el apoyo proveniente de familiares y amigos, evaluar el nivel de la dependencia física de la nicotina y los signos de abstinencia, reforzar el compromiso personal y establecer una fecha concreta para el cese del consumo del tabaco. (Casetta, Videla, Valverde, & Zarza, 2017)

Por último, el tercer factor de riesgo modificable que puede relacionarse con la aparición de hipertensión es el consumo de alcohol.

El alcohol, una sustancia psicoactiva con características adictivas, ha sido extensamente empleado en diversas sociedades a lo largo de la historia. Su consumo perjudicial da lugar a una significativa carga de enfermedades y conlleva consecuencias de gran relevancia tanto a nivel social como económico. Además, el uso inapropiado del alcohol puede ocasionar daños a terceros, como familiares, amistades, colegas laborales e incluso individuos desconocidos. Datos aportados por la OMS permiten conocer que el uso perjudicial del alcohol se convierte en un factor causal en más de 200 enfermedades y trastornos. Anualmente, se registran 3 millones de fallecimientos en todo el mundo debido al consumo dañino de alcohol, lo que representa un 5,3% del total de defunciones.

En términos generales, el 5,1% de la carga global de enfermedades y lesiones se puede atribuir al consumo de alcohol, evaluado en años de vida ajustados por discapacidad (AVAD).

Además de las implicaciones para la salud, el consumo nocivo de alcohol genera notables pérdidas sociales y económicas tanto a nivel individual como en la sociedad en su conjunto.

Es importante destacar que el consumo de alcohol conlleva defunciones y discapacidades que afectan a personas a una edad relativamente temprana. Entre aquellos que tienen entre 20 y 39 años, alrededor del 13,5% de todas las muertes se deben al consumo de alcohol. (OMS, 2022)

En Argentina, anualmente fallecen alrededor de 8,000 individuos a causa de enfermedades relacionadas con el uso de alcohol. Este país se posiciona como el segundo en consumo de alcohol en América del Sur, con una estimación de aproximadamente 9.88 litros de alcohol puro consumidos por persona al año. El patrón de consumo excesivo de alcohol, que involucra ingerir 5 o más unidades en una sola ocasión, muestra una tendencia al aumento. En el caso de los adultos, los hombres son quienes presentan el mayor consumo. Respecto a los jóvenes, lamentablemente, se observa un inicio de consumo a una temprana edad, alrededor de los 13 años, y esta tendencia parece inclinarse hacia edades aún más tempranas con el tiempo. (Ministerio de Salud Argentina, s.f.)

El consumo de alcohol puede describirse en términos de gramos de alcohol consumido o por el contenido alcohólico de las distintas bebidas, en forma de unidades o medidas estándar. La OMS propone como medida estándar un equivalente a 13-14 gramos de alcohol que pueden representarse con 330 ml (1 lata) de cerveza al 5%, 140 ml (media copa) de vino al 12%, 90 ml de vinos fortificados (ej.: jerez) al 18%, 70 ml de licor o aperitivo al 25%, 40 ml de bebidas espirituosas al 40% (ej.: vodka o fernet).

Además, el consumo de alcohol puede clasificarse en cuatro tipos de consumo de riesgo, perjudicial, excesivo episódico o circunstancial y dependencia de alcohol. El primero de ellos referido al consumo de riesgo: se caracteriza por ser un patrón, ingestión de alcohol que incrementa el riesgo de experimentar consecuencias negativas para la salud si la persona continúa con dicho hábito. En términos generales, se define como el consumo regular de 20 a 40 gramos de alcohol al día en mujeres y de 40 a 60 gramos al día en hombres. El segundo, consumo perjudicial se refiere a una forma de consumo que conlleva repercusiones adversas tanto para la salud física como la salud mental del individuo. Por lo general, esto se asocia con el consumo regular promedio de más de 40 gramos de alcohol al día en mujeres y de más de 60 gramos al día en hombres. Mientras que el tercero de ellos también conocido como binge drinking o atracón de alcohol en inglés, puede resultar particularmente dañino en ciertas cuestiones de salud. Esto implica que, en el caso de adultos, se consuman al menos 60 gramos de alcohol en una única ocasión; Por último, la dependencia del alcohol se refiere a un conjunto de cambios en

la conducta, el pensamiento y las respuestas fisiológicas en los cuales el uso del alcohol se convierte en una prioridad para el individuo, desplazando otras actividades y responsabilidades que anteriormente tenían un mayor valor en su vida.

En este sentido, un consumo moderado a elevado de alcohol, que supera los 20 gramos al día en mujeres y los 30 gramos al día en hombres, está asociado con un aumento en los niveles de presión arterial y una mayor prevalencia de hipertensión arterial (HTA). (Ministerio de Salud Argentina, 2019)

Para abordar los problemas de salud, seguridad y socioeconómicos relacionados con el alcohol, es fundamental que los gobiernos formulen y apliquen políticas adecuadas. Desde la OMS se alienta a implementar estrategias que han demostrado ser efectivas y rentables. Por ejemplo, regular la comercialización de bebidas alcohólicas, especialmente la venta a menores de edad. Regular y restringir la disponibilidad de bebidas alcohólicas. Establecer normas apropiadas sobre la conducción de vehículos en estado de ebriedad. Reducir la demanda de alcohol a través de mecanismos fiscales y fijación de precios. Concienciar a la población y a la sociedad en general sobre los problemas de salud y sociales causados por el consumo perjudicial de alcohol. Apoyar políticas eficaces en relación con el alcohol. Brindar tratamiento accesible y asequible a las personas que padecen trastornos por abuso del alcohol. Implementar programas de detección e intervenciones breves en servicios de salud para reducir el consumo peligroso y perjudicial de bebidas alcohólicas. (OMS, 2022)

De acuerdo con los resultados de la 4° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) en Argentina, se observa que los hombres presentan un mayor consumo de alcohol en comparación con las mujeres en dos categorías, la primera de ellas es el consumo de alcohol regular de riesgo, en este aspecto, el 10.8% de los hombres informa un consumo que entra en la categoría de riesgo, mientras que el 6.3% de las mujeres reporta un consumo similar. En segundo lugar, el consumo episódico excesivo de alcohol, en esta categoría, se evidencia que el 20.7% de los hombres tiene un consumo episódico excesivo de alcohol, en contraste con el 6.5% de las mujeres que muestra este patrón de consumo.

Es cierto que tradicionalmente el consumo de alcohol ha estado vinculado a los estereotipos de género, asociando el acto de beber con la masculinidad en muchos entornos y culturas. La investigación ha demostrado de manera constante que existen diferencias de género en las tasas de consumo de alcohol. En general, los hombres tienden a beber con mayor frecuencia y en cantidades mayores en comparación con las mujeres.

Esta relación entre el sexo y el consumo de alcohol se ve influenciada por la edad. En las edades más jóvenes, los patrones de consumo de alcohol tienden a ser menos diferenciados

entre hombres y mujeres. Pero a medida que las personas entran en la edad adulta, las mujeres tienden a consumir menos alcohol que los hombres en promedio. Además, tanto en hombres como en mujeres, los grupos más jóvenes tienden a ser más propensos a consumir mayores cantidades de alcohol en comparación con sus contrapartes de mayor edad. (Ministerio de Salud Argentina, s.f.)

Como se viene desarrollando en el presente trabajo, actualmente la sociedad enfrenta nuevos riesgos para la salud que consisten en enfermedades no transmisibles y que tienen su origen en los hábitos de vida de las sociedades modernas. Estas enfermedades se manifiestan a edades cada vez más tempranas en la población y representan una carga significativa en términos de reducción de la calidad de vida, así como costos sociales, laborales y de atención médica. Entre los nuevos modos de vida que afectan negativamente la calidad de vida a nivel individual, grupal, familiar y laboral, se destacan la falta de actividad física y el sedentarismo. Si no se logra implementar cambios o medidas preventivas efectivas, los resultados finales pueden llevar a la aparición de enfermedades y discapacidades que afecten la capacidad laboral. En el entorno laboral, el aumento del sedentarismo se atribuye en gran parte a la creciente presencia de máquinas que reemplazan la labor física de los trabajadores, permitiéndoles operarlas cómodamente sentados. Además, el incremento en la realización de tareas que implican pasar largos períodos frente a una pantalla de computadora también ha contribuido a esta tendencia. Dado el considerable número de horas que las personas dedican a sus labores profesionales, este se convierte en un ámbito prioritario para implementar medidas destinadas a reducir el sedentarismo.

De hecho, los impactos negativos del sedentarismo en el ámbito laboral se conocían ya en el siglo XVII. Esto se desarrolla en el documento publicado por Losardo, Binignat-Gutiérrez y Pando-Miranda, en el año 2019, en el cual se cita a Bernardino Ramazzini (1633 – 1714), que fue un médico italiano que se consideró el padre de la medicina del trabajo por haber profundizado en las enfermedades de los trabajadores.

Entre otros alcances, Ramazzini destacaba la importancia de observar directamente a los trabajadores en su lugar de trabajo y entender las condiciones en las que realizaban sus labores, lo que era una idea revolucionaria en su época. Sin embargo, también iba más allá al examinar las condiciones de vida de los enfermos, incluyendo su situación de pobreza social. Su enfoque se centraba en identificar las causas subyacentes de las enfermedades, lo que es fundamental en la medicina preventiva y social. Este enfoque reflejaba la sensibilidad y los valores humanísticos de Ramazzini. . (Losardo, Binignat-Gutiérrez, & Pando-Miranda, 2019)

Desde entonces, se han realizado numerosas investigaciones que analizan las repercusiones de distintos niveles de actividad física en el ámbito ocupacional sobre la salud de los trabajadores. Destacando aspectos como la relación entre el tiempo de permanencia sentado en el trabajo y la aparición de diabetes tipo 2 y otros factores de riesgo cardiovasculares y metabólicos. Subrayando la asociación entre el sedentarismo laboral y el cáncer de colon y de mama. El sedentarismo ha sido vinculado con la aparición de molestias en las extremidades inferiores y la espalda, y especialmente en el caso de los trabajadores que utilizan computadoras, se han observado problemas en el cuello y las extremidades superiores. Se ha encontrado evidencia que indica que el sedentarismo en el entorno laboral está relacionado con un deterioro de la salud mental, incluyendo la manifestación de síntomas de trastornos mentales.

De acuerdo con un metaanálisis que considera datos de diferentes países, no parece existir un aumento en el riesgo de mortalidad por cualquier causa cuando las horas diarias de sedentarismo son menores de 7. Sin embargo, se observa un incremento del 5% en el riesgo por cada hora adicional de sedentarismo después de las primeras 7 horas, incluso si las personas realizan actividad física en otros momentos del día.

Por otro lado, hay estudios epidemiológicos que demostraron que interrumpir con regularidad el tiempo sedentario puede reducir los riesgos para la salud, aunque aún no se ha establecido con certeza cuál sería la mejor forma de hacerlo. Es decir, no está claro a qué intervalos deberían realizarse estas interrupciones, cuánto tiempo deberían durar o qué tipo de actividad sería la más beneficiosa durante estas pausas. Lo que si se afirma es que estar sentado o en una misma posición de manera prolongada aumenta el riesgo para la salud, que hacerlo en forma interrumpida. Hay evidencias que señalan que se debería pausar cada 30 minutos por dos minutos con una actividad física ligera (por ejemplo, caminar). También podrían alternarse 30 minutos sentado y 30 minutos parado. (Giráldez García & Tarducci, 2018)

En consecuencia, es importante destacar el aporte de la ergonomía en relación al presente tema. Esta es el conjunto de técnicas cuyo objetivo es la adecuación entre el trabajo y la persona. La ergonomía es multidisciplinar, es decir, requiere la aplicación de distintas ciencias con el fin de conseguir su finalidad: la correcta acomodación entre el puesto de trabajo y su entorno y las características de la persona. Inicialmente, su propósito era adaptar los esfuerzos y movimientos requeridos por una tarea a las dimensiones del puesto de trabajo, con el objetivo de permitir que la persona completara la labor con el menor número de movimientos, reduciendo la fatiga innecesaria y mejorando la eficiencia. Sin embargo, con el tiempo, este enfoque se volvió insuficiente, y se amplió el alcance de estudio para incluir factores ambientales como temperatura, ruido, iluminación, y aspectos organizativos, tanto en términos de programación

temporal como relacionados con la tarea (Bestratén Belloví, y otros, 2008). La Ergonomía analiza diversos aspectos del trabajo, incluyendo la naturaleza de las tareas (su intensidad, los tipos de esfuerzos requeridos, los grupos musculares involucrados, las posturas necesarias, etc.). Además, examina las condiciones del entorno laboral, como el ruido, la temperatura, las vibraciones, y también las condiciones organizativas, como los ritmos de trabajo y las pausas. Asimismo, considera las particularidades individuales que pueden afectar la ejecución laboral, como el género, la edad, la condición física, el nivel de entrenamiento, el estilo de vida y la alimentación. A través del estudio de estas características individuales, la Ergonomía se enfoca en identificar las condiciones y medidas necesarias para que el trabajo se realice de manera adecuada y para prevenir posibles consecuencias molestas o perjudiciales para los trabajadores.

La postura en la que se encuentran los segmentos del cuerpo o la posición general del cuerpo son aspectos cruciales en ergonomía. Desde este enfoque, se identifican cinco posturas de trabajo: de pie, sentado, arrodillado, en cuclillas y tumbado. Sin embargo, desde una perspectiva ergonómica, las posturas más recomendables son las de estar sentado y de pie. Las otras tres posturas, arrodillado, en cuclillas y tumbado, se consideran aceptables solo en situaciones puntuales, como en tareas de mantenimiento o comprobación, y no deben ser adoptadas de manera prolongada debido a sus posibles implicaciones en la salud y el bienestar de los trabajadores. Una postura de trabajo se considera inadecuada cuando implica mantener posiciones fijas o restringidas del cuerpo, lo que puede sobrecargar músculos y tendones. Además, estas posturas pueden cargar las articulaciones de manera asimétrica y causar una importante carga muscular estática.

En resumen, las posturas inadecuadas pueden tener efectos perjudiciales en la salud de los trabajadores y deben evitarse en la medida de lo posible desde una perspectiva ergonómica. (Bestratén Belloví, y otros, 2008)

Por último, vinculado a esto, el capítulo 29 de la Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo elaborada por la Organización Internacional del Trabajo (OIT) afirma que, en las naciones industrializadas, aproximadamente el 20 % de los trabajadores todavía se dedican a labores que involucran un esfuerzo muscular. Aunque el número de trabajos físicamente demandantes ha disminuido, se ha observado un aumento en trabajos que son más estáticos, asimétricos y sedentarios. En contraste, en los países en desarrollo, la actividad que requiere esfuerzo muscular de diversa índole sigue siendo una práctica generalizada.

En el trabajo dinámico, la musculatura esquelética involucrada se contrae y se relaja de manera rítmica. Esto provoca un aumento en el flujo sanguíneo hacia los músculos para satisfacer sus necesidades metabólicas. Para lograr este aumento en el flujo sanguíneo, el

corazón bombea con mayor intensidad (lo que se conoce como gasto cardíaco), se reduce el flujo de sangre a las áreas inactivas, como los riñones y el hígado, y se incrementa el número de vasos sanguíneos abiertos en los músculos que están realizando el trabajo. La frecuencia cardíaca, la presión arterial y el consumo de oxígeno en los músculos aumentan directamente en relación a la intensidad del trabajo.

En el trabajo estático, las contracciones musculares no producen movimientos visibles, como el movimiento de un miembro. Esto aumenta la presión dentro del músculo, lo que, combinado con la compresión mecánica, puede obstruir parcial o totalmente la circulación sanguínea. Como resultado, el suministro de nutrientes y oxígeno al músculo se ve dificultado, al igual que la eliminación de productos metabólicos residuales. En consecuencia, los músculos tienden a fatigarse más rápido en trabajos estáticos en comparación con trabajos dinámicos.

Un aspecto característico de la circulación en empleos estáticos es el aumento de la presión sanguínea, mientras que la frecuencia cardíaca y el gasto cardíaco no varían significativamente. Por encima de cierta intensidad de esfuerzo, la presión sanguínea aumenta en proporción directa con la intensidad y la duración del esfuerzo. (Smolander & Louhevaara, 1998)

El Instituto Nacional de Trabajo, Ambiente y Salud (ISTAS) creó un método de Ergonomía Participativa llamado ERGOPAR, para la prevención de trastornos musculoesqueléticos de origen laboral. Para el instrumento utilizado en la presente investigación se realizó una adaptación del cuestionario de Posturas y Acciones Propias del Trabajo. (Gadea, Sevilla, & García, 2014)

Material y Métodos

Tipo de Estudio

Para la realización de este proyecto de investigación se realizará un abordaje de tipo cuantitativo, dado que se utilizará la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, con el fin de establecer pautas de comportamiento y probar teorías. (Pineda, Alvarado, & Canales, 1994)

El tipo de Diseño Metodológico es no experimental, ya que no habrá manipulación de las variables en estudio, se estudiarán tal como se presentan en la realidad.

El alcance que se pretende lograr es descriptivo, el objetivo es especificar cómo son las características y perfiles de las variables en estudio en una población específica. En este caso se busca analizar la aparición de hipertensión en la población adulta y la relación de la misma según los estilos de vida, la presencia de factores de riesgo modificables y el tipo de empleo. Con que frecuencia se da este vínculo, en quienes.

Se tratará de un estudio de corte transversal, prospectivo. Las variables se medirán de manera simultánea en un tiempo acotado y la recolección de datos será de fuentes primarias durante el primer trimestre del próximo año.

Sitio y Contexto de la Investigación

En relación al sitio y contexto en que se planificó el desarrollo de la investigación, se presentan ciertos criterios de elegibilidad que determinan la presencia de características necesarias para realizar la investigación.

Para controlar las posibles amenazas a la validez interna del diseño en el sitio y contexto se aplica la guía de convalidación de sitio.

A través de los datos obtenidos de la aplicación de dicha guía es que se define que el estudio se realizará en la Ciudad de Funes, en un Centro de Atención Primaria de Salud, CAPS Eva Perón, ubicado en el ejido urbano, en la calle Monteagudo 1582.

La directora del Centro de Salud “Eva Perón” otorgó su autorización para la accesibilidad a la misma y realizar la recolección de datos (ANEXO I). Las variables que se pretenden medir y caracterizar se encuentran presentes debido a que se trabajará con pacientes que aguardan en la sala de espera ser atendidos por algún médico especialista, psicología, odontología o en vacunatorio.

Además, según datos arrojados por la guía de convalidación de sitio, se recolectará la información necesaria los días lunes, miércoles y viernes por la mañana ya que es cuando más cantidad de personal del equipo de salud se encuentra trabajando.

Ediliciamente la institución tiene una sola planta y una sala de espera muy amplia, al ingreso se encuentra la recepción, dentro de la misma hay una oficina de dirección, farmacia, baño de pacientes y una comunicación hacia la izquierda con la sala de espera de vacunación, el vacunatorio y una habitación que se utiliza para internación transitoria de los pacientes de la guardia médica. La primera parte de la sala de espera se utiliza para los pacientes que buscan ser atendidos por guardia médica y enfermería y luego volviéndose un poco más angosta para los cinco consultorios donde atienden las diferentes especialidades y por último el consultorio de odontología. Las especialidades que se ofrecen de lunes a viernes son: medicina clínica, general, pediatría, cardiología, traumatología, ginecología, obstetricia, psiquiatría, psicología, psicopedagogía, odontología, enfermería, vacunación.

Además, tiene base del SIES (Sistema Integrado de Emergencias Sanitarias), por lo que posee una unidad de traslados de alta complejidad y otra que funciona como ambulancia pasiva.

El Centro de Salud pertenece al sistema público, pero, recibe y atiende a pacientes con o sin obra social, además tiene un amplio horario de atención ya que se encuentra abierto las 24 horas los 365 días del año. La población adulta joven reúne las características que se necesitan para llevar adelante esta investigación.

Actualmente el Centro de Salud no realiza ninguna campaña de detección de hipertensión arterial ni exhibe cartelera sobre esta enfermedad, situación que permite controlar la amenaza de historicidad y maduración.

Se podrá acceder a un consultorio que cuenta con los recursos necesarios para poder realizar la recolección de datos para la investigación lo que dará control a la amenaza de inestabilidad del ambiente experimental.

Población y muestra

La población que se estudiará serán los adultos jóvenes entre 20 y 40 que asistan al Centro de Salud datos durante el primer trimestre del año 2024.

Se estima, que el universo disponible será de 1500 pacientes que estén en la sala de espera aguardando el momento de su turno con alguna de las especialidades.

Cada unidad de análisis serán los adultos jóvenes entre 20 y 40 años y quedará de terminada por los criterios de inclusión y exclusión, que permiten controlarla presencia de posibles amenazas en esta instancia.

Criterios de inclusión:

- Adultos jóvenes que tengan entre 20 y 40 años.

Criterios de exclusión:

- Adultos que tengan entre 20 y 40 años que estén esperando atención por guardia médica. Se considera que si están aguardando a ser atendidos por guardia ya tienen alguna dolencia que puede modificar su valor de TA.
- Adultos que ya tengan un diagnóstico de Hipertensión Arterial. A través de este criterio se controlará la amenaza de regresión.
- Embarazadas. Al excluirlas se podrá controlar la amenaza de presencia de variables enmascaradas.

Del total de las unidades de análisis se tomará una muestra dado que la población es demasiado amplia y no hay un número finito de pacientes que asistan.

Como no es posible conocer todos los elementos que conforman la población, el tipo de muestreo será no probabilístico. Este muestreo implica que los individuos no tienen la misma posibilidad de ser elegidos. La técnica será por cuotas porque se elegirá la muestra en función de ciertas características de la población, en este caso será la variable independiente "tipo empleo", la que se utilizará para conformar las cuotas por ser un dato desconocido. La muestra final estará conformada por 300 personas, 150 para cada cuota.

De esta manera la amenaza de selección estará controlada por el atributo que se dispone para conformar las cuotas. Además, para controlar la amenaza de muerte experimental se reclutará suficientes participantes para mantener el número equiparable en las cuotas.

Las ventajas al utilizar este tipo de muestras se verán reflejadas en menores costos y tiempos para la recolección de datos (el investigador puede elegir a los sujetos que son de fácil acceso) y se pueden controlar las características de la muestra.

Sobre la Validez Externa, los resultados del estudio solo se podrán generalizar a esta muestra ya que es del tipo no probabilística. Por lo tanto, solo servirá como parámetro para evaluar la relación de aparición de hipertensión arterial según el estilo de vida, factores de riesgo modificables y tipo de empleo y extenderla a los pacientes en estudio.

Técnicas e instrumentos de recolección de datos

En función de la operacionalización de variables, para la recolección de datos se considera:

La técnica, como conjunto de reglas y procedimientos que permiten al investigador establecer la relación con el objeto o el sujeto de estudio de la investigación.

El instrumento, como mecanismo que se utilizara por el investigador para recolectar y registrar la información. (Pineda, Alvarado, & Canales, 1994)

A través de la técnica de observación se medirá la variable dependiente control de Tensión Arterial y el instrumento que se utilizará será un tensiómetro aneroide.

Para las variables independientes (estilo de vida, factores de riesgo modificables, tipo de empleo y sexo) los datos serán recabados a través de una encuesta como técnica y el instrumento será un cuestionario autoadministrado.

La técnica para medir la variable dependiente, valor de Tensión Arterial y lograr una medición precisa de la misma se deberá respetar una serie de pasos:

La preparación del paciente antes de la toma.

- No conversar
- Apoyar el brazo a la altura del corazón
- Colocar el manguito en el brazo sin ropa
- Usar el tamaño del manguito adecuado
- Apoyar los pies
- No cruzar las piernas
- Tener la vejiga vacía
- Apoyar la espalda

La técnica usada

- Calibración del tensiómetro correctamente en los últimos seis meses.
- La longitud de la funda del manguito debe ser suficiente para envolver el brazo y cerrarse con facilidad.
- La longitud de la cámara debe alcanzar al menos el 80 % de la circunferencia del brazo y el ancho de la cámara debe representar el 40% de la longitud del brazo.

- Dejar libre la fosa anterocubital (colocar el borde inferior del brazalete 2 a 3 cm por encima del pliegue del codo para poder palpar la arteria braquial y colocar la campana del estetoscopio en ese nivel)
- El centro de la cámara (o la marca del manguito) debe coincidir con la arteria braquial.
- El manguito debe quedar a la altura del corazón, no así el aparato (manómetro), que debe ser perfectamente visible para el explorador.
- Establecer primero la presión arterial sistólica (PAS) por palpación de la arterial braquial/radial, y mientras se palpa dicho pulso se inflará rápidamente el manguito hasta que éste desaparezca, con la finalidad de determinar por palpación el nivel de la presión sistólica. Se desinflará nuevamente el manguito y se colocará la cápsula del estetoscopio sobre la arteria humeral. Se inflará rápidamente el manguito hasta 30 o 40 mmHg por arriba del nivel palpatorio de la presión sistólica para iniciar la auscultación de la misma. Desinflar a una velocidad de 2 a 3 mmHg/segundo. Usar el primer ruido de Korotkoff para identificar la cifra de PAS y el quinto ruido (desaparición) para la cifra de presión arterial diastólica (PAD). Ajustar las cifras auscultadas a números pares. En caso de que se continúen auscultando ruidos hasta un nivel muy cercano al cero, entonces se deberá tomar el cuarto ruido de Korotkoff (apagamiento) para determinar la cifra de PAD.

La elección de un espacio sin ruidos

Y el uso de tensiómetros precisos (OPS, 2022)

El instrumento que se utilizará será un tensiómetro aneroide marca Coronet, modelo estándar (brazalete de tela, cámara de goma, manómetro) y un estetoscopio.

Los indicadores para registrar la variable serán:

HIPERTENSION ARTERIAL

- SI TA > 140/90 mmHg.
- NO TA < 140/90 mmHg

El instrumento para recabar los datos de las variables independientes es de autoría propia de quien realiza el proyecto de investigación. (Ver Anexo II)

Los elementos empíricos para el desarrollo del instrumento tienen un sustento teórico que se menciona a continuación. La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió en 1986 el estilo de vida como “una forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales”. Estos modelos de comportamiento están continuamente sometidos a interpretación y a prueba en distintas situaciones sociales, no siendo, por lo tanto, fijos, sino que están sujetos a cambio. Los estilos de vida individuales, caracterizados por patrones de comportamiento identificables, pueden ejercer un efecto profundo en la salud de un individuo y en la de otros. Sin embargo, es importante reconocer que no existe un estilo de vida “óptimo” al que puedan adscribirse todas las personas. La cultura, los ingresos, la estructura familiar, la edad, la capacidad física, el entorno doméstico y laboral, harán más atractivas, factibles y adecuadas determinadas formas y condiciones de vida. (OMS, 1998) Dentro de las conductas que conforman los estilos de vida, para el presente proyecto se consideraron los aspectos relacionados a la alimentación, la actividad física y el descanso.

En relación a los factores de riesgo la OMS los reconoce como: condiciones sociales, económicas o biológicas, conductas o ambientes que están asociados con o causan un incremento de la susceptibilidad para una enfermedad específica, una salud deficiente o lesiones. (OMS, 1998).

Los factores de riesgo se clasifican en 2 grandes grupos:

- Modificables: podemos intervenir para evitarlos (hipertensión arterial, aumento del colesterol, síndrome metabólico y diabetes, sobrepeso y obesidad, tabaquismo, sedentarismo, abuso de alcohol, alimentación no saludable).
- No modificables no podemos intervenir. (edad, sexo, raza, antecedentes familiares).

En este caso se centrará la atención sobre los factores que se relacionan a la conducta y se tomarán en cuenta el consumo de alcohol, consumo de tabaco y el estado nutricional según el IMC.

Para la variable tipo de empleo el sustento teórico tomado proviene de la Ergonomía, que se define como el conjunto de técnicas cuyo objetivo es la adecuación entre el trabajo y la persona. La ergonomía es multidisciplinar, es decir, requiere la aplicación de distintas ciencias con el fin de conseguir su finalidad: la correcta acomodación entre el puesto de trabajo y su entorno y las características de la persona. (Bestratén Belloví, y otros, 2008)

En este caso la investigación se orienta a identificar la relación entre la aparición de hipertensión arterial con los empleos según el tipo de actividad física que demandan, es decir, si son estáticos o dinámicos y para medir esto se tomaran indicadores relacionados al tiempo de permanencia en una cierta posición. Para este punto se realizará una adaptación del Método ERGOPAR, que es un procedimiento de ergonomía participativa para la prevención del riesgo ergonómico de origen laboral. Se ha concebido para identificar la exposición a factores de riesgo ergonómicos a consecuencia del trabajo y sus causas de exposición, consensuar las mejores medidas preventivas para la eliminación o al menos, reducción de las situaciones de riesgo, implementarlas y realizar su seguimiento y mejora continua. (Gadea, Sevilla, & García, 2014)

Durante 2010 y 2011 se realizó la validación de la metodología a través de un proyecto piloto llevado a cabo en cinco empresas valencianas, financiado por la Fundación para la Prevención de Riesgos Laborales (acción DIR 014/2009). Estas experiencias fueron tutorizadas por un equipo de profesionales procedentes de diferentes entidades especializadas en prevención de riesgos laborales y/o ergonomía. Las entidades que han colaborado con ISTAS-CCOO en la validación del método son: el Instituto Valenciano de Seguridad y Salud en el Trabajo (INVASSAT), la Sociedad de Prevención UNIMAT y el Instituto de Biomecánica de Valencia (IBV).

Para el presente estudio, la atención se centrará dentro de la característica técnica del método, de definir el puesto de trabajo como el conjunto de tareas que desarrolla el trabajador a lo largo de su jornada de trabajo habitual y sus condiciones de trabajo. No lo concibe como espacio físico.

Del "Cuestionario de factores de riesgo ergonómicos y daños" se tomará el punto POSTURAS Y ACCIONES PROPIAS DEL TRABAJO que responde al tiempo que trabaja adoptando una cierta postura. Se conforma por 6 ítems y las respuestas se miden en una escala tipo Likert. La adaptación se realiza en la redacción de la pregunta para lograr una mayor comprensión por parte de los encuestados.

El cuestionario para la recolección de datos es de tipo autoadministrado y se conforma por un área para completar con datos personales en la cual se registrarán fecha, sexo, edad y los valores de tensión arterial, peso y altura (con los cuales se realizará el cálculo del IMC), luego una explicación que define como completar los ítems

A continuación, está conformado por preguntas cerradas ordenadas en siete dimensiones según la operacionalización realizada con las variables.

Para la variable estilos de vida, las siguientes dimensiones: alimentación, actividad física y descanso.

Para la variable factores de riesgo: consumo de tabaco, consumo de alcohol y el estado nutricional según IMC (Índice de Masa Corporal).

Para la variable tipo de empleo la dimensión que se considera es el tiempo de permanencia en la misma posición para trabajar: sentado, De pie sin andar, caminando, caminando mientras sube o baja diferentes niveles, de rodillas, tumbado sobre la espalda

Las opciones de respuestas establecidas serán cuatro y se medirán con una escala tipo Likert, que permitirá conocer la frecuencia con la que se lleva a cabo cada acto mencionado. Las mismas son: nunca, a veces, frecuentemente, todos los días. Para el tipo de empleo, la escala Likert medirá específicamente en tiempo y las opciones serán: Nunca/Menos de 30 minutos, entre 30 minutos y 2 horas, entre 2 y 4 horas y por último más de 4 horas.

El cuestionario está compuesto por 35 ítems

Alimentación: 8 ítems

- Las preguntas 1, 2, 3 y 8 se codifican de negativo a positivo. La puntuación es nunca=0, a veces= 1, frecuentemente=2 y todos los días=3.
- Las preguntas 4, 5, 6 y 7 se codifican inversamente de positivo a negativo. La puntuación es nunca=3, a veces= 2, frecuentemente=1 y todos los días=0.

Actividad física: 5 ítems

- Las preguntas 9, 10, 11, 12 y 13 se codifican de negativo a positivo. La puntuación es nunca=0, a veces= 1, frecuentemente=2 y todos los días=3.

Descanso: 3 ítems

- Las preguntas 14 y 15 se codifican de negativo a positivo. La puntuación es nunca=0, a veces= 1, frecuentemente=2 y todos los días=3.
- La pregunta 16 codifica de positivo a negativo. La puntuación es nunca=3, a veces= 2, frecuentemente=1 y todos los días=0.

Consumo de tabaco: 7 ítems

- Las preguntas codifican de positivo a negativo. La puntuación es nunca=3, a veces= 2, frecuentemente=1 y todos los días=0

Consumo de alcohol: 7 ítems

- Las preguntas codifican de positivo a negativo. La puntuación es nunca=3, a veces= 2, frecuentemente=1 y todos los días=0

Tipo de empleo: 6 ítems

- Las preguntas codifican de positivo a negativo. La puntuación es nunca/menos de 30 minutos=3, entre 30 minutos y 2 horas= 2, entre 2 y 4 horas=1 y más de 4 horas=0.

Para la variable sexo que considera masculino (M) – femenino (F), se utiliza una escala de medición nominal.

Dentro de la variable factores de riesgo modificables se encuentra la dimensión Estado nutricional según IMC, para su medición se realizará el cálculo del IMC a partir de los datos peso y talla con la fórmula: $IMC = \text{peso (kg)} / \text{altura}^2 \text{ (mts.)}$. El resultado será ubicado en la escala que utiliza la OMS para su clasificación

- Bajo peso: $IMC < 18,5$
- Normal: $IMC 18,5 \text{ a } < 25$
- Sobrepeso: $IMC 25 \text{ a } < 30$
- Obesidad: $IMC \geq 30$

Esta escala se codificará de positivo a negativo. La puntuación es normo peso= 3, sobrepeso = 2, Obesidad = 1, Bajo Peso= 0

Las ventajas de la aplicación del instrumento se relacionan a: menor costo, menor tiempo de recolección de datos, su naturaleza es más objetiva (menor riesgo de distorsiones producidas), el orden de las preguntas no puede modificarse, se preserva el anonimato del encuestado lo que permitirá sentirse libre a la hora de responder, mayor cobertura de la población.

Para lograr la validez del instrumento se realiza una prueba piloto que permite vigilar la amenaza de inestabilidad del instrumento, ya que se trata de un cuestionario elaborado para esta investigación y no ha sido puesto a prueba en ninguna otra, esto permite evaluar la comprensión de las preguntas y si hay algo que dificulta las respuestas.

La muestra a la que se aplicó la prueba piloto es diferente a la del proyecto de investigación, y se conformó por 15 adultos jóvenes con similares características a la población que se estudiará, fue tomada del entorno personal del investigador. Esto permite dar control a la amenaza de administración de pruebas y además evaluar la comprensión de las preguntas.

Los 15 participantes fueron citados cada 20 minutos en el mismo Centro de Salud en que se llevará a cabo la investigación, se realizó el control de la tensión arterial a todos en el mismo consultorio, bajo iguales condiciones y luego se otorgaron 15 minutos para completar la encuesta.

Se lograron resultados positivos. Una sola encuesta no se completó en su totalidad y la causa fue falta de tiempo de uno de los participantes, la misma se consideró como muerte. Tanto en las preguntas como en las respuestas no hubo confusión. Según la opinión de los participantes las instrucciones son concisas y claras, por lo tanto, el cuestionario no presentó modificaciones.

Personal a cargo de la recolección de datos

La recolección de datos la ejecutará quien realiza este proyecto de investigación, De este modo se controlará la amenaza de interacción entre sujetos e investigador debido a que la recolección de datos será realizada por una sola persona utilizando el mismo protocolo en el Centro de Atención durante el mes de enero del año 2024.

El momento seleccionado conforme a lo que arroja la guía de convalidación de sitio será en el horario de la mañana los días lunes, miércoles y viernes que es cuando más pacientes acuden al Centro de Salud.

Para este momento se acordó con la institución disponer de un pequeño espacio, con condiciones ambientales que permitan poder hacer un correcto control de la tensión arterial y permitir a los entrevistados tener un espacio tranquilo para concentrarse y responder cada pregunta.

A cada persona que desee participar, luego de una explicación breve y clara, se le entregará un Consentimiento Informado detallando el procedimiento y la finalidad de la investigación para que libremente puedan decidir si participan o no, aclarando que no habrá ningún tipo de repercusión negativa en caso de no hacerlo y remarcando que los datos proporcionados son confidenciales en su totalidad. (ver Anexo II)

Plan de análisis

Para el análisis de los datos se realizará una codificación, asignando un valor numérico para cada opción de respuesta, quedando de la siguiente manera (En primer lugar, se hace referencia a las variables estilo de vida y factores de riesgo modificables, en segundo lugar, a la variable tipo de empleo):

NUNCA / NUNCA – MENOS DE 30 MINUTOS = 0 punto

A VECES / ENTRE 30 MINUTOS Y 2 HORAS = 1 punto

FRECUENTEMENTE / ENTRE 2 Y 4 HORAS = 2 puntos

TODOS LOS DIAS / MAS DE 4 HORAS = 3 puntos

Para la reconstrucción de cada variable se logrará un puntaje proveniente de multiplicar el número de ítems por los valores asignados a cada opción de respuesta. Siendo entonces:

Variable Estilos de vida: En cada dimensión de esta variable se utiliza una escala de medición ordinal. Se conforma por 16 ítems por 3 (opción máxima de respuesta) y cada encuestado puede medir entonces entre 0 y 48 puntos respecto al atributo medido.

Para reconstruir la dimensión alimentación que está conformada por 8 ítems, se asigna:

- Alimentación no saludable de 0 a 12 puntos
- Alimentación saludable de 13 a 24 puntos

Para reconstruir la dimensión actividad física que está conformada por 5 ítems, se asigna:

- Actividad física insuficiente de 0 a 7 puntos
- Actividad física suficiente de 7 a 15 puntos

Para reconstruir la dimensión descanso que está conformada por 3 ítems, se asigna:

- Descanso no saludable de 0 a 4 puntos
- Descanso saludable de 5 a 9 puntos

La puntuación final de esta variable dará el nivel general de estilo de vida, luego de sumar el resultado final de todas sus dimensiones. A través de los siguientes puntos de corte se establece:

Estilo de vida no saludable de 0 a 24 puntos.

Estilo de vida saludable de 25 a 48 puntos.

Variable Factores de Riesgo modificables: En cada dimensión de esta variable se utiliza una escala de medición ordinal. Se conforma por 18 ítems por 3 (opción máxima de respuesta) y cada encuestado puede medir entonces entre 0 y 54 puntos respecto al atributo medido.

Para reconstruir la dimensión consumo de tabaco que está conformada por 7 ítems, se asigna:

- Riesgo leve de 0 a 10 puntos.
- Riesgo severo de 11 a 21 puntos.

Para reconstruir la dimensión consumo de alcohol que está conformada por 7 ítems, se asigna:

- Riesgo leve de 0 a 10 puntos.
- Riesgo severo de 11 a 21 puntos.

Para reconstruir la dimensión estado nutricional según IMC se asigna:

- Normopeso 3 puntos

- Sobrepeso 2 puntos
- Obesidad 1 punto
- Bajo Peso 0 punto

La puntuación final de esta variable dará el nivel general de factores de riesgo modificables, luego de sumar el resultado final de todas sus dimensiones. A través de los siguientes puntos de corte se establece:

Factores de riesgo leves de 0 a 22 puntos

Factores de riesgo severos de 23 a 45 puntos

Variable Tipo de empleo: En cada dimensión de esta variable se utiliza una escala de medición ordinal. Se conforma por 6 ítems por 3 (opción máxima de respuesta) y cada encuestado puede medir entonces entre 0 y 18 respecto al atributo medido.

Para reconstruir la dimensión tiempo de permanencia en la misma posición para trabajar, se asigna:

- Empleo dinámico de 0 a 9 puntos
- Empleo estático de 10 a 18 puntos

Variable Valor de tensión arterial: Se codifica de la siguiente manera

- $TA < 140/90$ mmHg = NO HIPERTENSO = 1
- $TA > 140/90$ mmHg = HIPERTENSO = 2

Variable Sexo: su nivel de medición es nominal y codifica:

- Femenino = 1
- Masculino = 2

Variable Edad: su nivel de medición es ordinal y se utiliza el dato crudo, en números.

Luego de la codificación y reconstrucción de las variables y sus dimensiones en una base de datos se comenzará con el análisis. La información obtenida será analizada en el paquete estadístico SPSS y se contará con asesoría de un experto en estadísticas.

Para el análisis de las variables y poder describir su relación se utilizará la estadística descriptiva, es decir, la finalidad de la investigación es especificar cómo son las características y perfiles de las variables en estudio.

El tipo de análisis será univariado ya que se busca describir los datos, valores y puntuaciones obtenidas para cada variable y luego bivariado y multivariado, según los objetivos

específicos y las hipótesis planteadas poder establecer la relación con otras variables seleccionadas en el presente trabajo.

Las pruebas estadísticas a usar serán: la distribución de frecuencias, porcentaje y medidas de tendencia central moda y mediana.

Los datos se representarán gráficos de barra, histograma y grafico circular para poder visualizar la relación entre las variables que se estudian.

Consideraciones éticas

Se presentan una serie de pautas éticas para realizar esta investigación en salud humana.

Justificación ética y validez científica: la investigación proporciona conocimiento nuevo y válido científicamente, y se justifica la participación de los sujetos de estudio. La investigación tiene sustento en el conocimiento científico vigente y se fundamenta con una revisión comprehensiva de la literatura especializada.

Esta investigación en salud humana se ajusta a los 3 principios éticos básicos:

EL RESPETO POR LAS PERSONAS. Las personas autónomas o capaces de deliberar sobre sus decisiones se respetarán en su capacidad de autodeterminación, libres de incentivos e influencia indebidos y de coerción. Las personas autónomas, darán su consentimiento informado sin necesidad de otra protección que la de recibir la información que necesite para deliberar libremente.

LA BENEFICENCIA. Se buscará lograr los máximos beneficios posibles y reducir al mínimo la probabilidad de daño. Si bien el fin de esta investigación es generar nuevo conocimiento identificando factores que influyen en la aparición de Hipertensión Arterial, el beneficio no será inmediato ni asegurado, ya que no depende del investigador la creación de estrategias educativas para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, eso estará en manos del equipo del Centro de Atención Primaria.

De este principio se desprende otro principio: el de “no maleficencia”, que protege contra daños evitables a los participantes en un estudio. En este caso se toma un compromiso por parte del investigador de dar aviso al equipo de salud en caso de hallar valores de presión arterial que estén por sobre los parámetros de normalidad.

LA JUSTICIA. Se refiere a la obligación ética de tratar a cada persona de manera equitativa, salvo que haya diferencias relevantes que justifiquen un trato distinto.

A cada participante del proyecto de investigación se le dará las mismas posibilidades y el mismo trato durante la recolección de los datos

Evaluación ética y científica: Los antecedentes, objetivos, diseño, tamaño y selección de la muestra, mecanismos de selección de participantes, métodos de medición de las variables, análisis estadístico, detalle de la intervención propuesta, si corresponde, y los aspectos éticos, financieros y administrativos se detallan de manera clara y exhaustiva en un protocolo del estudio.

Consentimiento informado: La decisión de un individuo o su representante de participar en la investigación será voluntaria y libre de influencia indebida, incentivo indebido o coerción. Para tomar una decisión libre, cada potencial participante o su representante legal recibirá la información de manera clara y precisa acerca del propósito, procedimientos, beneficios y riesgos previsibles y fuentes de financiamiento de la investigación, y de sus derechos a acceder y a rectificar sus datos y a rehusarse a participar o a abandonar el estudio en cualquier momento, sin necesidad de justificarse y sin exponerse a ninguna represalia.

Beneficios y riesgos de la investigación: El proyecto de investigación incluye una meticulosa evaluación de los riesgos y cargas previstos en comparación con los beneficios esperados. La investigación podrá realizarse sólo si los beneficios para los individuos o para la sociedad superan claramente a los riesgos previstos, y estos han sido minimizados en la medida de lo posible.

Selección de los participantes: Los participantes serán seleccionados en función de los objetivos y del diseño de la investigación, y de la mayor probabilidad de minimizar los riesgos y de maximizar los beneficios a nivel individual. Se marcan criterios claros para la selección de los sujetos de estudio, garantizando una muestra representativa y relevante.

Confidencialidad de la información: La privacidad y la confidencialidad de los datos de los participantes serán protegidas durante todo el proceso de investigación. Para tal fin el investigador deberá tomar todas las precauciones necesarias.

Conflicto de intereses: Se respetará la dignidad, los derechos, los valores, los intereses, el bienestar y la integridad física y mental de los individuos que participan en la investigación, por encima de cualquier interés financiero, científico, social o de otro tipo. El investigador evitará cualquier conflicto de intereses que pueda influir en los resultados o interpretaciones del estudio.

Manejo de datos y resultados: Los datos obtenidos se registrarán y archivarán de manera tal que permita su adecuada interpretación y verificación. Parte de los beneficios que las comunidades y los individuos pueden esperar de su participación en investigaciones es que se les informe de las conclusiones o resultados concernientes a su salud.

Cronograma de actividades

A través del diagrama de Gantt se visualiza la planificación, seguimiento y control de las tareas del proyecto en relación al tiempo.

Actividad	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO
Recolección de Datos					
Tabulación de los Datos					
Análisis e Interpretación de los Datos					
Elaboración de las conclusiones					
Redacción del Informe Final					

Referencias

- Acosta, C., Sposito, P., Torres Esteche, V., Sacchi, F., Pomies, L., Pereda, M., . . . Soto, E. (Marzo de 2021). Variabilidad de la presión arterial, hipertensión arterial nocturna y su asociación con el tabaquismo. *Revista Uruguaya de Medicina Interna*, 54-65. Recuperado el Octubre de 2023, de <http://www.scielo.edu.uy/pdf/rumi/v6n1/2393-6797-rumi-6-01-54.pdf>
- Alcalá, G., Brocal, L., Gimenez, S., Baroni, M., & Vallejos, J. (2019). *Toma de Posición en Prevención Cardiovascular*. Buenos Aires, Argentina: Edifarma. Recuperado el Octubre de 2023
- Bestratén Belloví, M., Hernández Calleja, A., Luna Mendaza, P., Nogareda Cuixart, S., Oncins De Frutos, M., & Solé Gómez, M. d. (2008). *Ergonomía* (Quinta ed.). Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Recuperado el Octubre de 2023, de <https://www.insst.es/documents/94886/710902/Ergonom%C3%ADa+-+A%C3%B1o+2008.pdf/18f89681-e667-4d15-b7a5-82892b15e1fa>
- Blanco, G. (2012). *Hipertensión Arterial, Epidemiología, Fisiología, Fisiopatología, Diagnóstico y Terapéutica*. Buenos Aires. Recuperado el Septiembre de 2023, de <https://www.saha.org.ar/pdf/libro/Cap.070.pdf>
- Brandani, L. M. (2019). *Toma de Posesión en Prevención Cardiovascular: Hipertensión Arterial. Epidemiología*. Buenos Aires: Edifarma.
- Brito-Nuñez, J. D., Medina-Ore, C. A., Fox-Medina, M. R., & Corro-Cortez, V. L. (2022). *Revista cubana de Medicina General Integral*. Recuperado el 1 de septiembre de 2023, de <https://revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/1626>
- Casetta, B., Videla, A., Valverde, C., & Zarza, L. (2017). *Manual de autoayuda para dejar de fumar*. Manual, Ministerio de Salud Argentina. Recuperado el Octubre de 2023, de <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/manual-de-autoayuda-para-dejar-de-fumar>
- Del Sueldo, M. (2021). *Hipertensión Arterial y Riesgo Cardiovascular en la Mujer*. Buenos Aires, Argentina. Recuperado el Octubre de 2023
- Díaz, M. G. (2012). *Hipertensión Arterial, Epidemiología, Fisiología, Fisiopatología, Diagnóstico y Terapéutica*. Buenos Aires, Argentina. Recuperado el Octubre de 2023, de <https://www.saha.org.ar/pdf/libro/Cap.098.pdf>
- Espeche, W. (2019). *Toma de Posición en Prevención Cardiovascular. Hipertensión Arterial. Definición y Diagnóstico*. Edifarma.
- Fabres, L., & Moya, P. (02 de Septiembre de 2021). Sueño: Conceptos generales y su relación con la calidad de vida. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 32(5), 527-534. Recuperado

- el Octubre de 2023, de
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864021000894?via%3Dihub>
- Gadea, R., Sevilla, M. J., & García, A. M. (2014). *Ergopar. Unprocedimiento de ergonomía participativa para la prevención del riesgo ergonómico de origen laboral*. Madrid: Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud. Recuperado el Octubre de 2023, de <https://ergopar.istas.net/ficheros/documentos/v2/Manual%20del%20M%C3%A9todo%20ERGOPAR%20V2.0.pdf>
- Galli, A., Pagés, M., & Swieszkowski, S. (2017). *Factores determinantes de la salud*. Buenos Aires. Recuperado el Octubre de 2023, de <https://www.sac.org.ar/wp-content/uploads/2020/10/factores-determinantes-de-la-salud.pdf>
- Gamboa A., R. (Mayo de 2006). Fisiopatología de la hipertensión arterial esencial. *Acta Medica Peruana*, 23(2), 76-82. Recuperado el Septiembre de 2023, de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172006000200006&lng=es&tlng=es
- Giráldez García, M., & Tarducci, G. (2018). *La prevención de los efectos sobre la salud derivados del trabajo sedentario en jóvenes asociado a las nuevas tecnologías*. Madrid, España: Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). Recuperado el Octubre de 2023, de <https://www.insst.es/documents/94886/538970/Sedentarismo+jovenes.pdf/c82d00c7-5fcf-4f73-bcc5-0e78bca969fd>
- González-Huacón, A. D., Contreras-Sánchez, C. V., Bajaña-Vargas, F. A., Luna-Martillo, S. T., & Gabela-Campoverde, B. D. (29 de enero de 2022). *Revista de Ciencias de la Salud Mas Vita*. Recuperado el septiembre de 2023, de <http://acvenisproh.com/revistas/index.php/masvita/article/view/360/988>
- Gustavo Alcala, M. B. (2019). *Toma de posición en Prevención Cardiovascular*. Edifarma Editorial SRL.
- ISTAS-CCOO - Instituto Sindical de Trabajo, A. y. (2014). *ISTAS*. Obtenido de <http://ergopar.istas.net/recursos/>
- Ledón-Rodríguez, Y. N., Valero-Valero, I., Terry-Rodríguez, R., & Rodríguez-León, J. E. (4 de Abril de 2023). *Infomed*. Recuperado el 3 de Septiembre de 2023, de <https://apscfg.sld.cu/index.php/apscgf/conabreus2023/paper/viewPaper/99>
- Losardo, R. J., Binivignat-Gutiérrez, O., & Pando-Miranda, J. R. (2019). Bernardino Ramazzini: un pionero de la medicina del trabajo. *Revista de la Asociación Médica Argentina*, 132(4),

- 28-33. Recuperado el Octubre de 2023, de file:///C:/Users/usuario/Downloads/Rev-4-2019_pag-28-33_Losardo.pdf
- Ministerio de Salud Argentina. (s.f.). Obtenido de <https://www.argentina.gob.ar/salud/consumo-de-alcohol/consumo-de-alcohol-en-argentina>
- Ministerio de Salud Argentina. (2017). *Autocuidado de la Persona Mayor en la década del envejecimiento saludable*. Manual, Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Recuperado el Octubre de 2023, de https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2017/03/manual_de_autocuidados_persona_mayor_2022.pdf
- Ministerio de Salud Argentina. (2018). *Cuarta Encuesta Nacional de Factores de Riesgo*. Recuperado el Octubre de 2023, de https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-01/4ta-encuesta-nacional-factores-riesgo_2019_principales-resultados.pdf
- Ministerio de Salud Argentina. (2019). Recuperado el 25 de agosto de 2023, de <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-07/guia-de-practica-clinica-nacional-hipertension-arterial-2019-version-breve.pdf>
- Ministerio de Salud Argentina. (2019). *Guía de Práctica Clínica Nacional sobre Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la HTA*. Buenos Aires. Recuperado el Octubre de 2023, de <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/guia-de-practica-clinica-nacional-de-hipertension-arterial>
- Ministerio de Salud Argentina. (s.f.). *Género y Alcohol*. Buenos Aires. Obtenido de <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/genero-y-alcohol>
- Ministerio de Salud de Argentina; Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2013). *Tercera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para las Enfermedades No Transmisibles*. Buenos Aires. Recuperado el Octubre de 2023, de https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000000544cnt-2015_09_04_encuesta_nacional_factores_riesgo.pdf
- Ministerio de Salud de la Nación. (2016). *Manual para el cuidado de personas con enfermedades crónicas no transmisibles*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Recuperado el Octubre de 2023, de <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/manual-para-el-cuidado-de-personas-con-enfermedades-cronicas-no-transmisibles>
- Monterubbianesi, P. D., & Temporelli, K. L. (07 de Mayo de 2022). Estilos de vida, factores de riesgo y salud autopercebida de la población argentina. *Revista de Economía del Rosario*, 25(1), 1-27. Recuperado el Septiembre de 2023, de <https://revistas.urosario.edu.co/xml/5095/509571094005/html/index.html>

- OMS. (1998). *Promoción de la Salud Glosario*. (P. y. Subdirección General de Epidemiología, Productor)
- OMS. (9 de Junio de 2021). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el Octubre de 2023, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- OMS. (16 de Septiembre de 2022). *Enfermedades no Transmisibles*. Recuperado el Octubre de 2023, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- OMS. (9 de Mayo de 2022). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>
- OMS. (16 de marzo de 2023). Recuperado el 25 de Agosto de 2023, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
- OMS. (19 de Septiembre de 2023). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 19 de septiembre de 2023, de <https://www.who.int/es/news/item/19-09-2023-first-who-report-details-devastating-impact-of-hypertension-and-ways-to-stop-it>
- OMS. (31 de Julio de 2023). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el Octubre de 2023, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
- OPS. (2016). *Guía de Entornos y Estilos de Vida Saludables*. Guía, Intibucá, Honduras. Recuperado el Octubre de 2023, de <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34580/vidasaludable2016-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- OPS. (2019). Recuperado el 25 de agosto de 2023, de <https://www.paho.org/es/temas/hipertension>
- OPS. (2019). Recuperado el 25 de agosto de 2023, de <https://www.paho.org/en/enlace/hypertension>
- OPS. (2019). : *HEARTS Paquete técnico para el manejo de las enfermedades cardiovasculares en la atención primaria de salud. Hábitos y estilos de vida saludables: asesoramiento para los pacientes*. Washington. Recuperado el Octubre de 2023, de https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/50805/OPSNMH19001_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- OPS. (Mayo de 2022). *Organización Panamericana de la Salud*. Obtenido de <https://www.paho.org/es/hearts-americas/hearts-americas-medicion-presion-arterial>
- OPS/OMS. (s.f.). *HEARTS en las Américas: medición de la presión arterial*. Recuperado el 5 de junio de 2023, de <https://www.paho.org/es/hearts-americas/hearts-americas-medicion-presion-arterial>

- Pieroni, P. V., Alcalá, G., Del Sueldo, M., & Martínez, D. (2018). *Toma de Posición en Prevención Cardiovascular*. Buenos Aires: Edifarma. Recuperado el Octubre de 2023
- Pineda, E. B., Alvarado, E. L., & Canales, F. H. (1994). *Metodología de la Investigación*. Washington: OPS - PALTEX.
- Presidencia de la Nación; Observatorio Argentino de Drogas. (2016). *Informe Epidemiológico sobre el Consumo de Tabaco en Argentina*. Buenos Aires. Recuperado el Octubre de 2023, de https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2020/10/oad_2016._informe_epidemiologico_sobre_el_consumo_de_tabaco_en_la_argentina.pdf
- Quintana-Rotela, A. A., Riveros-Duré, C. D., Martínez-Ruiz Diaz, M., Miskinich-Lugo, M. E., Cabañas-Cristaldo, J. D., Britez-Nuñez, D. V., . . . Montiel de Jarolín, D. (12 de Abril de 2022). Caracterización de la hipertensión arterial en adultos menores de 30 años de edad de un hospital del Paraguay. *Revista Virtual de la Sociedad Paraguaya de Medicina Interna*, 9(2). Recuperado el 2 de Septiembre de 2023, de <http://scielo.iics.una.py/pdf/spmi/v9n2/2312-3893-spmi-9-02-44.pdf>
- Raile Alligood, M., & Marriner Tomey, A. (2011). *Modelos y Teorías en Enfermería*. Barcelona, España: Elsevier. Recuperado el Octubre de 2023
- Ramirez-Paiva, A. C., Yvana-Yupanqui, E. M., Arevalo-Huamantingo, M., Urcuhuaranga-Lara, C., & Chumpitazi-Goyeneche, Y. B. (10 de 5 de 2023). Campaña “Actívate Toulouse” para la reducción del sedentarismo laboral en el área administrativa de la Escuela Toulouse Lautrec, Lima, Perú. *Bitacora Journal*, 1(1), 77-90. Recuperado el 28 de agosto de 2023, de <https://revistastls.com/index.php/tls/article/view/11>
- Romero-Guiraldo, M., Avedaño-Olivares, J., Vargas-Fernandez, R., & Runzer-Colmenares, F. M. (31 de Marzo de 2020). Diferencias según sexo en los factores asociados a hipertensión arterial en el Perú: Análisis de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2017. *Anales de la Facultad de Medicina*, 81(1), 33-39. Recuperado el Septiembre de 2023, de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1025-55832020000100033&script=sci_abstract
- Santamaria O., R., & Gorostidi, M. (9 de Junio de 2021). *Nefrología al día*. Recuperado el Septiembre de 2023, de <https://www.nefrologiaaldia.org/409>
- Smolander, J., & Louhevaara, V. (1998). Trabajo Muscular. En O. I. Trabajo, *Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo* (págs. 29.29-29.30). España: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Recuperado el Octubre de 2023, de

file:///C:/Users/usuario/Downloads/Cap%C3%ADtulo%2029.%20Ergonom%C3%ADa.pdf

Sociedad Argentina de Cardiología; Federación Argentina de Cardiología; Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial. (Agosto de 2018). Consenso de Hipertensión Arterial. *Revista Argentina de Cardiología*, 86(2), 5. Recuperado el Septiembre de 2023, de <https://www.sac.org.ar/wp-content/uploads/2018/08/consenso-argentino-de-hipertension-arterial-2018.pdf>

Sociedad Argentina de Hipertension Arterial. (2012). Hipertension Arterial. Epidemiología, Fisiología, Fisiopatología, Diagnostico y Terapéutica. Buenos Aires, Argentina. Recuperado el Septiembre de 2023, de <https://www.saha.org.ar/pdf/libro/Cap.049.pdf>

Soler-Santana, R., Brossard-Cisnero, M., Vaillant-Rodriguez, M., Omar-Rodriguez, Y., & Marin-Mendez, M. (21 de enero de 2020). MEDISAN. 24(2). Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=368463016002>

Tala, A., Vasquez, E., & Plaza, C. (Agosto de 2020). Estilos de vida saludables: una ampliación de la mirada y su potencial en el marco de la pandemia. *Revista Medica de Chile*, 148(8), 1189 - 1194. Recuperado el mayo de 2023, de <https://www.scielo.cl/pdf/rmc/v148n8/0717-6163-rmc-148-08-1189.pdf>

Anexos

ANEXO I

Autorización del efector

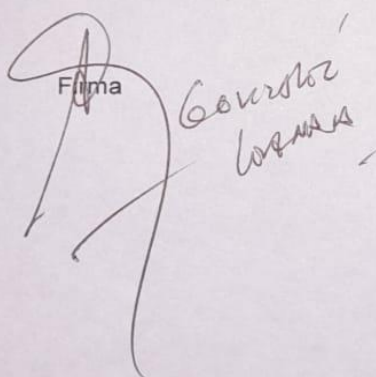
Rosario, 26 De JUNIO de 2023

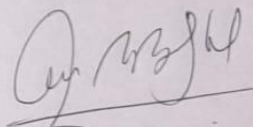
SRA. Directora del CAPS Eva Perón Dra. LEANDRA GONZALEZ

S/D _____

Me dirijo a Ud., en carácter de enfermera, cursando el último año de la Carrera Licenciatura de Enfermería a fin de solicitar autorización para cumplimentar el trabajo de investigación, requisito de la actividad académica Taller de Investigación. El tema a estudiar es la relación que existe entre la aparición de hipertensión arterial con el estilo de vida, los factores de riesgo modificables y el tipo de empleo, según el sexo y la edad, de una población adulta joven que asiste a un Centro de Atención Primaria de Salud de la ciudad de Funes. El citado estudio se realizará durante el primer trimestre del año 2024.

Desde ya agradezco su atención y la saludo con mi mayor respeto.

Firma  Leandra Gonzalez

Firma 
Borghesi Mariana

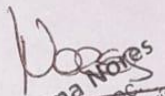


FCM Facultad de Ciencias
Médicas · UNR

2022 - "Las Malvinas son argentinas"

-----Quien suscribe, Profesora, Mg. Rosana Nores, a cargo de la titularidad de la Asignatura Taller de Investigación de la Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional de Rosario, certifica que Mazieue Barchesi..... es estudiante de la carrera Licenciatura en Enfermería. Por lo que para cumplimentar los requerimientos académicos de la carrera la estudiante deberá en primer lugar entrevistar a un referente de la institución con el fin de obtener información que le permita tomar decisiones para la planificación de un Proyecto de investigación. Cabe aclarar que el nombre de la institución no será explicitado en el proyecto, solo se hará referencia a la dependencia y complejidad, de la misma. Desde ya agradecemos su valioso apoyo en el proceso de formación de nuevos Licenciados en Enfermería-----

-----A pedido del interesado, se expide la presente constancia en la ciudad de Rosario, Provincia de Santa Fe, a los 20 de Septiembre de 2023.


Rosana Nores
Prof. Asoc.
Esc. de Enfermería
FCM UNR

Santa Fe 3100
Rosario s2000ktr
Tel. 341 4804558
Fax 341 4804569
www.fmedic.unr.ed
u.ar

ANEXO II

Operacionalización de las variables

- **Valores de tensión arterial:** variable dependiente, cuantitativa, simple, continua

Definición operacional:

Para obtener una medición precisa de la tensión arterial se deben adoptar una serie de procedimientos que incluyen la preparación del paciente antes de tomar la tensión arterial, la técnica utilizada por el trabajador de la salud, la selección de un espacio libre de ruidos y el uso de monitores precisos. (OPS/OMS, n.d.)

Se considera presión arterial alta (hipertensión) cuando dicha medición máxima es mayor o igual a 140 y/o la mínima a 90. (Gustavo Alcalá, 2019)

- Indicadores
 - SI. TA > 140/90 mmHg.
 - NO. TA < 140/90 mmHg.

- **Estilo de vida:** variable independiente, cualitativa, compleja, nominal

Definición conceptual: Se comprenden como las formas en las que viven sus vidas los individuos. Serán evaluados los que se ligan más directamente a la salud cardiovascular, como la alimentación, la actividad física y el sueño. (Tala, Vasquez, & Plaza, 2020)

Dimensión 1: Alimentación

- Indicadores:
 - Frecuencia de consumo de alimentos durante el día.
 - Ingesta de alimentos con alto contenido de sodio.
 - Consumo variado de frutas, verduras y legumbres.
 - Agregado de sal a las comidas.
 - Cantidad de agua ingerida en 24 horas

Dimensión 2: Actividad física

- Indicadores:
 - Práctica de ejercicio de forma regular.
 - Tiempo de dedicado a realizar ejercicio.
 - Intensidad del ejercicio

Dimensión 3: Descanso

- Indicadores:
 - Cantidad de horas promedio de descanso

- Uso de medicación para conciliar el sueño

- **Factores de riesgo modificables:** variable independiente, cualitativa, compleja.

Definición conceptual: Aquellas condiciones o características que aumentan la posibilidad de padecer una enfermedad y que sí pueden ser modificados.

Dimensión 1: Estado nutricional según IMC

- Indicadores
 - Bajo peso
 - Normopeso
 - Sobrepeso
 - Obesidad

Dimensión 2: Consumo de tabaco

- Indicadores
 - Frecuencia de consumo
 - Cantidad de consumo

Dimensión 3: Consumo de Alcohol

- Indicadores
 - Frecuencia de consumo
 - Cantidad de consumo

- **Tipo de empleo:** variable independiente, cualitativa, compleja

Definición conceptual: Proporciona una forma de categorizar el trabajo según el tiempo de permanencia en una misma posición. Esto se relaciona directamente con trabajo muscular en las actividades laborales, que puede ser de tipo estático o dinámico.

Dimensión: Tiempo de permanencia en la misma posición para trabajar

- Indicadores:
 - Sentado
 - De pie sin andar
 - Caminando
 - Caminando mientras sube o baja diferentes niveles
 - De rodillas
 - Tumbado sobre la espalda

- **Sexo:** variable cualitativa, simple, nominal

- Indicadores
 - Hombre
 - Mujer

CUESTIONARIO PARA LA RECOLECCION DE DATOS:

FECHA: SEXO: EDAD: VALORES DE TENSION ARTERIAL:
 PESO(kg): ALTURA(cm): IMC:

Este es un cuestionario con preguntas referidas al estilo de vida actual y hábitos personales. Por favor, registrar cada respuesta de la manera más exacta y clara posible. Registre marcando con una cruz, la frecuencia con que lleva a cabo cada acto mencionado. Las letras representan.

N=nunca; V= a veces; F= frecuentemente; D=todos los días. Para el apartado Tipo de empleo conteste a cada pregunta siempre en relación con una jornada habitual en su puesto de trabajo.

Alimentación		N	v	F	D
1	¿Realiza cuatro comidas diarias?				
2	¿Consume dos frutas por día?				
3	¿Consume dos variedades de vegetales/verduras por día?				
4	¿Usa sal para cocinar?				
5	¿Agrega sal a los alimentos cocidos?				
6	¿Con que frecuencia consume alimentos ultraprocesados? (Alimentos que no se encuentran en su estado natural) Galletitas, snacks, embutidos, salchichas, hamburguesas, caldos o sopas, enlatados, conservas				
7	¿Consume bebidas gaseosas, aguas saborizadas?				
8	¿Logra beber al menos ocho vasos de agua por día?				
Actividad física		N	V	F	D
9	¿Realiza actividad física 2-3 veces por semana?				
10	¿El promedio de tiempo semanal en el que realiza actividad física es de 150 – 200 minutos?				
11	¿La actividad que realiza tienen una intensidad vigorosa que aumente mucho la frecuencia respiratoria y cardiaca como (correr o jugar al futbol) durante al menos 10 minutos seguidos?				
12	¿La actividad que realiza tiene una intensidad moderada que acelera ligeramente la frecuencia respiratoria y cardiaca como (andar en bicicleta, jugar al vóley, nadar) durante al menos 10 minutos seguidos?				
13	¿Camina o usa una bicicleta al menos 10 minutos consecutivos en sus desplazamientos a diario? Para ir al trabajo, de compras, al mercado, etc.				
Descanso		N	V	F	D
14	¿Duerme un promedio de 6-8 horas por día?				
15	¿Logra conciliar rápidamente el sueño?				
16	¿Utiliza algún tipo de medicación que ayude a conciliar el sueño?				
Consumo de tabaco		N	V	F	D
17	¿Fuma?				
18	¿Fuma una vez en el día?				
19	¿Fuma varias veces en el día?				
20	Solo en celebraciones, eventos sociales, ocasiones especiales				
21	¿Consume a diario entre 1-10 cigarrillos?				
22	¿Consume a diario entre 11 y 20 cigarrillos?				
23	¿Consume a diario entre 21 y 30 cigarrillos?				
Consumo de alcohol		N	V	F	D
24	¿Toma bebidas alcohólicas?				
25	¿Toma bebidas alcohólicas una vez en el día?				
26	¿Toma bebidas alcohólicas varias veces en un día?				
27	De vez en cuando en celebraciones, eventos sociales, ocasiones especiales				
28	¿Consume entre 1 y 4 vasos de alguna bebida alcohólica por semana?				
29	¿Consume entre 5 y 8 vasos de alguna bebida alcohólica por semana?				
30	¿Consume entre 9 y 12 vasos de alguna bebida alcohólica por semana?				

Tipo de empleo					
		Nunca/menos de 30'	Entre 30' y 2 hs	Entre 2 y 4 hs	Más de 4 hs
31	¿Durante cuánto tiempo tiene que trabajar adoptando una postura sentado? (silla, banco, vehículo)				
32	¿Durante cuánto tiempo tiene que trabajar estando en posición de pie, sin andar apenas?				
33	¿Durante cuánto tiempo tiene que trabajar caminando?				
34	¿Durante cuánto tiempo tiene que trabajar caminando mientras sube o baja niveles diferentes? (peldaños, escaleras, rampas?)				
35	¿Durante cuánto tiempo trabaja en posición de rodillas o cuclillas?				
36	¿Durante cuánto tiempo trabaja tumbado sobre la espalda o sobre un costado?				

Consentimiento informado

El presente cuestionario es parte de un proyecto de investigación de la Escuela de Enfermería de la carrera de Licenciatura en Enfermería. Su finalidad es describir la relación que existe entre la aparición de Hipertensión Arterial relacionada con el estilo de vida, factores de riesgo modificables, tipo de empleo y sexo, en una población adulta joven.

“Expreso que recibí una explicación detallada y en forma verbal de las actividades que se realizarán, y de lo que se espera de mí. Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado/a de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a quien realizará este proyecto _____ al teléfono _____.

Fui informado sobre mi participación en la investigación sobre: la relación que existe entre la aparición de hipertensión arterial con el estilo de vida, los factores de riesgo modificables y el tipo de empleo, según el sexo y la edad, de una población adulta joven. Recibí una explicación sobre el procedimiento que se realizará, que consta de completar de manera confidencial un cuestionario con respuestas tipo Likert y permitir una medición de mi presión arterial que se efectuará por la autora de la investigación.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a _____ al teléfono anteriormente mencionado.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha

Nombre del Autor

Firma del Autor

Fecha